

Der Senat von Berlin
SenInnSport I A 35
Telefon 90 27 – 22 11

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über

Senatskanzlei – G Sen –

V o r l a g e

– zur Kenntnisnahme –

gemäß Artikel 64 Abs. 3 der Verfassung von Berlin
über Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und
sonstigen Fällen (Landesbeihilfeverordnung – LBhVO)

Wir bitten, gemäß Artikel 64 Abs. 3 der Verfassung von Berlin zur Kenntnis zu nehmen, dass der
Senat die nachstehende Verordnung erlassen hat:

**Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in
Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen
(Landesbeihilfeverordnung – LBhVO)**

Vom

Auf Grund des § 76 Absatz 11 des Landesbeamtengesetzes vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70)
wird verordnet:

Inhaltsübersicht

Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften

- § 1 Regelungszweck
- § 2 Beihilfeberechtigte
- § 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland
- § 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 5 Konkurrenzen
- § 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
- § 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch
- § 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit
- § 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen
- § 10 Beihilfeanspruch
- § 11 Aufwendungen im Ausland

Kapitel 2 Aufwendungen in Krankheitsfällen

Abschnitt 1 Ambulante Leistungen

- § 12 Ärztliche Leistungen
- § 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern
- § 14 Zahnärztliche Leistungen

- § 15 Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- § 16 Auslagen, Material- und Laborkosten
- § 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf
- § 18 Psychotherapeutische Leistungen
- § 19 Psychosomatische Grundversorgung
- § 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- § 21 Verhaltenstherapie

Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen

- § 22 Arznei- und Verbandmittel
- § 23 Heilmittel
- § 24 Komplextherapien
- § 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
- § 26 Krankenhausleistungen
- § 27 Häusliche Krankenpflege
- § 28 Familien- und Haushaltshilfe
- § 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland
- § 30 Soziotherapie
- § 31 Fahrtkosten
- § 32 Unterkunftskosten
- § 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Abschnitt 3 Rehabilitation

- § 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen
- § 35 Rehabilitationsmaßnahmen
- § 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

Kapitel 3 Aufwendungen in Pflegefällen

- § 37 Grundsatz
- § 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege
- § 39 Vollstationäre Pflege
- § 40 Palliativversorgung

Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen

§ 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

§ 42 Schwangerschaft und Geburt

§ 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

§ 44 Tod der oder des Beihilfeberechtigten

§ 45 Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende

Kapitel 5 Umfang der Beihilfe

§ 46 Bemessung der Beihilfe

§ 47 Abweichender Bemessungssatz

§ 48 Begrenzung der Beihilfe

§ 49 Eigenbehalte

§ 50 Belastungsgrenzen

Kapitel 6 Verfahren und Zuständigkeit

§ 51 Bewilligungsverfahren

§ 52 Zuordnung von Aufwendungen

§ 53 Elektronische Gesundheitskarte

§ 54 Antragsfrist

§ 55 Geheimhaltungspflicht

§ 56 Festsetzungsstellen

§ 57 Verwaltungsvorschriften

Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 58 Übergangsvorschriften

§ 59 Inkrafttreten

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Regelungszweck

Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in den gesetzlich vorgesehenen Fällen. Die Beihilfe ergänzt die gesundheitliche Eigenvorsorge, die in der Regel aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

§ 2

Beihilfeberechtigte

(1) Soweit nicht die Absätze 2 bis 5 etwas anderes bestimmen, ist beihilfeberechtigt, wer im Zeitpunkt der Leistungserbringung

1. Beamtin oder Beamter,
 2. Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder
 3. frühere Beamtin oder früherer Beamter
- ist.

(2) Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der oder dem Beihilfeberechtigten Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeiträge nach den Abschnitten II, III oder V des Beamtenversorgungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung zustehen. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Elternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,
2. Beamtinnen und Beamte, deren Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst im Sinne des § 40 Absatz 6 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung beschäftigt sind,
3. Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen, und

4. Empfänger von Übergangsgeld nach § 47 des Beamtenversorgungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung, Empfänger von Unterhaltsbeitrag nach dem Beamtenversorgungsgesetz in der am 31. August 2006 geltenden Fassung auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und Empfänger von Gnadenunterhaltsbeiträgen.

§ 3

Beamtinnen und Beamte im Ausland

Beihilfeberechtigt nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 sind auch diejenigen Beamtinnen und Beamten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind.

§ 4

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner von Beihilfeberechtigten sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 17 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist die Ehegattin, der Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnerinnen und eingetragenen Lebenspartnern der Beihilfeberechtigten nach § 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.

(2) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag der oder des Beihilfeberechtigten nach dem Bundesbesoldungsgesetz in der am 31. August 2006 geltenden Fassung berücksichtigungsfähig sind. Dies gilt für Kinder von Beihilfeberechtigten nach § 3, wenn

1. Anspruch auf einen Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung besteht oder
2. ein Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

§ 5

Konkurrenzen

(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt

1. eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie
2. die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger aus.

(2) Die Beihilfeberechtigung aufgrund eines neuen Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Versorgungsansprüche aus.

(3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht

1. der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und
2. der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger vor. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(4) Ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei der oder dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, die oder der den Familienzuschlag für das Kind nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung oder den Auslandskinderschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung erhält.

§ 6

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht oder die Ablehnung der Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes eine besondere Härte darstellen würde.

(2) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen wer-

den. Als nicht notwendig gelten in der Regel Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie in der Anlage 1 ausgeschlossen werden.

(3) Angemessen sind grundsätzlich Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen. Als nicht angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 2 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte. Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen.

(4) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Gelten Höchstbeträge nach Anlage 5, kann in entsprechender Anwendung des § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten.

(5) Sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Absatz 2a oder nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, beurteilt sich die Angemessenheit ihrer Aufwendungen nach den in den Verträgen nach § 75 Absatz 3b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Gebührenregelungen. Solange keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 Absatz 3a Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 7

Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch

Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Beihilfe gewährt wird, an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen, setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen einschließlich der Arzneimittel nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Angemessenheit nachgewiesen sind sowie insbesondere ein Arzneimittel zweckmäßig ist und keine andere, angemessene Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Wird in dieser Verordnung auf

Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren. Dies gilt insbesondere für die §§ 27 Absatz 1 Satz 2, 30, 40 Absatz 1, 41 Absatz 1, 43 Absatz 1 und 50 Absatz 1 Satz 4. Im Übrigen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, auf die diese Verordnung verweist, entsprechend, soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen.

§ 8

Ausschluss der Beihilfefähigkeit

(1) Beihilfefähig sind nicht die Aufwendungen

1. der Beamtinnen und Beamten, denen ein Anspruch auf Heilfürsorge nach § 103 des Landesbeamtengesetzes zusteht,
2. für nicht von der Festsetzungsstelle veranlasste Gutachten,
3. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
4. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen,
5. für Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings und
6. für persönliche Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin, den eingetragenen Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des Behandelten. In diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig.

(2) Ferner sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, soweit auf sie gegen Dritte ein Ersatzanspruch besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht.

(3) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile, Selbstbehalte nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Werden diese Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirt-

schaftlichkeitsprüfungen nicht nachgewiesen, gelten 15 Prozent der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(4) Nicht beihilfefähig sind erbrachte Sach- und Dienstleistungen nach § 2 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Als Sach- und Dienstleistung nach § 2 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Pflichtversicherten nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der familienversicherten Angehörigen nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch die Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei Personen, denen ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil 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 in Anspruch genommen haben. Dies gilt auch, wenn Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden. Ausgenommen sind für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.

(5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet worden sind.

§ 9

Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

(1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilfeberechtigte, die dem gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaft angehören. Unterhaltsansprüche von Beihilfeberechtigten gelten nicht als Ansprüche auf Kostenerstattung.

(2) Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.

(3) Sind Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwen-

dungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. Andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, sind in Höhe von 50 Prozent der entstandenen Aufwendungen als zustehende Erstattungs- oder Sachleistungen anzusetzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für

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

(4) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 Sätze 1 bis 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

§ 10

Beihilfeanspruch

(1) Auf Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden. Er ist nicht vererblich, soweit die Beihilfe nicht bereits vor dem Erbfall bewilligt wurde. Die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger ist in Höhe des Betrages zulässig, auf den ein Anspruch zu seiner Forderung auf Beihilfe besteht und der noch nicht ausgezahlt ist. Stirbt die oder der Beihilfeberechtigte, erhält die Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tode unbeschadet des Satzes 3, wer die Belege zuerst vorlegt.

(2) Anspruch auf Beihilfe hat nur, wer seinen Krankenversicherungsschutz und den seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen einschließlich abgeschlossener Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachweist.

§ 11

Aufwendungen im Ausland

(1) Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 6 Absatz 3 ist in diesen Fällen nicht anzuwen-

den. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären.

(2) Ohne Beschränkung auf die im Inland entstehenden Kosten sind außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die in der Nähe der deutschen Grenze wohnen, aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder
3. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

(3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dies gilt nicht in den Fällen des § 31 Absatz 5.

Kapitel 2

Aufwendungen in Krankheitsfällen

Anschnitt 1

Ambulante Leistungen

§ 12

Ärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 in Krankheitsfällen grundsätzlich beihilfefähig. Die Vorschriften des Kapitels 4 bleiben unberührt. Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der oder des Beihilfeberechtigten trägt die Festsetzungsstelle.

§ 13

Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nach Maßgabe des § 6 Absatz 3 Satz 3 beihilfefähig.

§ 14

Zahnärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 grundsätzlich beihilfefähig. Für Zahnersatz und implantologische Leistungen kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen. Aufwendungen für das Attest nach § 15 Absatz 1 Nummer 5 trägt die Festsetzungsstelle.

§ 15

Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind beihilfefähig bei

1. weniger als acht angelegten Zähnen pro Kiefer im jugendlichen Erwachsenenengebiss ,
2. großen Kieferdefekten in Folge von Kieferbruch oder Kieferresektion,
3. angeborener Fehlbildung des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte),
4. dauerhafter extremer, irreversibler, nicht medikamentenbedingter Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Zusammenhang mit einer Tumorbehandlung,
5. nicht willentlich beeinflussbarer muskulärer Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (beispielsweise Spastiken), wenn nach neurologischem Attest kein herausnehmbarer Zahnersatz (auch implantatgestützt) getragen werden kann, oder
6. implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer,

wenn auf andere Weise die Kaufähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann. In den Fällen von Satz 1 Nummer 6 sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate zu deren Aufwendungen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Liegt keiner der in Satz 1 Nummer 1 bis 6 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für höchstens zwei Implantate je Kiefer, einschließlich

vorhandener Implantate zu deren Aufwendungen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, sind entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt

und die Festsetzungsstelle den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig. Die Aufwendungen für den Heil- und Kostenplan nach Satz 1 sind beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen:

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 701 und 702 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen oder
5. umfangreiche Gebiss-Sanierungen. Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist.

(4) Der Befund nach Absatz 3 ist mit einem geeigneten Formblatt nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte zu belegen.

§ 16

Auslagen, Material- und Laborkosten

(1) Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Absatz 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C, F

und K und den Nummern 708 bis 710 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 40 Prozent beihilfefähig.

(2) Wenn der auf die in Absatz 1 genannten Aufwendungen entfallende Anteil nicht nachgewiesen ist, sind 40 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages anzusetzen.

§ 17

Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen auf Widerruf und Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.

(2) Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen,
2. Inlays und Zahnkronen,
3. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
4. implantologische Leistungen.

Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn die oder der Beihilfeberechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

§ 18

Psychotherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 19), tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien (§ 20) sowie Verhaltenstherapien (§ 21) sind nur beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 2 Nummer 2 bis 4 erbracht werden. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(2) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte gehören, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Für das Gutachten nach Satz 1 Nummer 3 benennt die für Inneres zuständige Senatsverwaltung geeignete Gutachterinnen und Gutachter und gibt diese durch Verwaltungsvorschrift bekannt. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder von ihm beauftragten Ärztinnen und Ärzten eingeholt werden.

(3) Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 2 Nummer 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 2 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Rational Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

(6) Vor Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung muss eine Ärztin oder ein Arzt vornehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich bestätigen.

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

(8) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, die am Dienstort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind Aufwendungen für

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte

auch in Form eines Internet-gestützten Therapieverfahrens beihilfefähig. Für Internet-gestützte Therapieverfahren sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie in Gruppen sowie analytische Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie sind nach Einholung eines erneuten Gutachtens gegebenenfalls umzuwandeln. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind. Das Therapieverfahren kann durch Einzelkontakt mittels Telefon oder E-Mail-Brücke erfolgen.

(9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 19 bis 21,
2. die in Anlage 2 Nummer 1 aufgeführten Behandlungsverfahren und
3. psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.

§ 19

Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung, zu der Beihilfe gewährt wird, umfasst

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

(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

1. verbale Intervention als einzige Leistung für bis zu 25 Sitzungen,
2. autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen sowie
3. Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes beihilfefähig.

(3) Die Gewährung von Beihilfe ist ausgeschlossen, wenn eine verbale Intervention mit üben- und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt wird oder wenn autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose in einem Krankheitsfall nebeneinander durchgeführt werden.

§ 20

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen, depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen und Dysthymien,
2. Angst- und Zwangsstörungen,
3. somatoforme Störungen einschließlich Konversionsstörungen,
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
9. Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend,
10. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung und
11. seelischen Behinderungen
 - a) aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tief greifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen,
 - b) als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bieten, und
 - c) als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

(2) Aufwendungen für Behandlungen sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin / des Therapeuten	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin / des Therapeuten	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 30 Sitzungen	nochmals weitere 15 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin / des Therapeuten	weitere 60 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 50 Sitzungen	nochmals weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

(3) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.

§ 21 Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind beihilfefähig in den Fällen des § 20 Absatz 1.

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 18 Absatz 2 Nummer 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach Anlage 2 Nummer 2 bis 4 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

(3) Aufwendungen für Behandlungen sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung (höchstens 8 Teilnehmende)
Regelfall	40 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
nur in besonders begründeten Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung (höchstens 8 Teilnehmende)
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
nur in besonders begründeten Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

Abschnitt 2

Sonstige Aufwendungen

§ 22

Arznei- und Verbandmittel

Aufwendungen für die von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt, einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker aus Anlass einer Krankheit nach Art und Umfang schriftlich verordneten oder bei einer ambulanten Behandlung verbrauchten Arznei- und Verbandmittel sind beihilfefähig. § 31 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Sind für Arznei- und Verbandmittel Festbeträge festgesetzt, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
- b) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
- c) Abführmittel, es sei denn, sie sind wegen einer schweren Grunderkrankung lebensnotwendig,
- d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit,
- e) Geriatrika und Stärkungsmittel,
- f) Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht; ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen,
- g) Vitaminpräparate, die keine Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes darstellen.

§ 23

Heilmittel

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig, wenn diese in Anlage 4 aufgeführt sind und von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach Anlage 3 angewandt werden. Bei einer Sprachtherapie sind auch Aufwendungen für Leistungen staatlich anerkannter Sprachtherapeuten sowie vergleichbar qualifizierter Personen beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind auf die in Anlage 4 genannten Höchstbeträge beschränkt.

(2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel anstelle der in Absatz 1 Satz 3 genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland.

§ 24

Komplextherapien

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Absatz 3 und § 23 Absatz 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Komplextherapie von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht wird, dem auch Ärztinnen, Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen nach Anlage 3 angehören müssen.

(2) Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen sind nicht nach Absatz 1 beihilfefähig.

§ 25

Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder

eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind vorbehaltlich des Absatzes 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in Anlage 5 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. Aufwendungen für in Anlage 6 ausgeschlossene Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne von Satz 1 sind nach Ablauf von sechs Monaten seit Anschaffung beihilfefähig, wenn eine erneute ärztliche Verordnung vorliegt.

(2) 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,
3. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
4. in Anlage 6 genannt sind.

(3) Aufwendungen für das Mieten von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nach Absatz 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die Aufwendungen für deren Anschaffung sind und diese sich dadurch erübrigt.

(4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 5 oder 6 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes notwendig ist. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung. Absatz 2 bleibt unberührt.

(5) Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind nur in Höhe des 100 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind 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.

§ 26

Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, für

1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung) sowie
3. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis sind ergänzend zu Absatz 1 die Aufwendungen für Wahlleistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, beihilfefähig in Form

- a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne der §§ 16 und 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 22 der Bundespflegesatzverordnung,
- b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne der §§ 16 und 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 22 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und
- c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 22.

(3) Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind die Aufwendungen für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für entsprechende Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die üblicherweise Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 Nummer 2 sind. Vor der Aufnahme in eine Einrichtung nach Satz 1 kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.

(4) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Mehrbettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nummer 2 und für den in Absatz 2 genannten Personenkreis die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 2 Buchstabe b entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Der in Absatz 2 Buchstabe b genannte Abzugsbetrag ist zu berücksichtigen.

§ 27

Häusliche Krankenpflege

(1) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind beihilfefähig, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Verordnung vorübergehend erforderlich sind. Die Aufwendungen sind auch beihilfefähig, wenn die häusliche Krankenpflege außerhalb des eigenen Haushalts an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 umfasst

1. Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,
2. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und
3. ambulante psychiatrische Krankenpflege.

(3) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1 und 2 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin, den eingetragenen Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des Gepflegten durchgeführt, sind nur beihilfefähig

1. Aufwendungen für Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und
2. eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.

§ 28

Familien- und Haushaltshilfe

(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn

1. die oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen ihrer oder seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 26 und 32 Absatz 1, §§ 34 und 35 Absatz 1 Nummern 1 bis 5 und § 39) nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
2. im Haushalt mindestens eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, die oder der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

In besonderen Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes mit Zustimmung der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.

(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung beihilfefähig, wenn deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wurde. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Im Todesfall der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Satz 1 für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. § 27 Absatz 3 gilt entsprechend.

(3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

§ 29

Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

(1) Aufwendungen Beihilfeberechtigter nach § 3 für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn

1. eine ambulante ärztliche Behandlung des Elternteils, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und
3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.

(2) Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienort nicht gewährleistet ist und der Dienort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer.

(3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienortes nach Absatz 2 Satz 1 mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen die Ehegattin, der Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin, der eingetragene Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch Nehmenden die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

§ 30

Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn die oder 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 31

Fahrtkosten

(1) Aufwendungen für Rettungsfahrten zum Krankenhaus sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn
 - a) dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder
 - b) die Festsetzungsstelle zugestimmt hat,
3. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung in besonderen Ausnahmefällen nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle,
4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine – andernfalls medizinisch gebotene - stationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
5. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist, und
7. der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten Kindes oder Jugendlichen in begründeten Ausnahmefällen.

(3) Nicht beihilfefähig sind

1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen sowie

2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union. Ausnahmen sind zulässig, soweit sie aus zwingenden medizinischen Gründen im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes erforderlich sind. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 im Einvernehmen mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung.

(4) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt auf Grund der Verweisung in § 77 des Landesbeamtengesetzes das Bundesreisekostengesetz entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes gewährt wird. Bei Fahrten nach den Absätzen 1 und 2 Nummer 6 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

(5) Ist für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn

1. eine sofortige Behandlung geboten war oder
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

§ 32

Unterkunftskosten

(1) Aufwendungen für Unterkunft anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen sind auf Grund der Verweisung in § 77 des Landesbeamtengesetzes bis zur Höhe von 150 Prozent der Sätze nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft in gleicher Höhe beihilfefähig.

(2) Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung verabreicht, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch Pauschalen beihilfefähig. Dies gilt auch, wenn die Pauschalen einen Verpflegungsanteil enthalten.

(3) Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 sind für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. Die Aufwendungen für eine Unterkunft im Ausland sind auf Grund der Verweisung in § 77 des Landesbeamtengesetzes

bis zu 150 Prozent der Höhe der Auslandsübernachtungsgeldsätze nach der Anlage zur Auslandsreisekostenverordnung beihilfefähig.

§ 33

Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung.

Abschnitt 3

Rehabilitation

§ 34

Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. In Ausnahmefällen liegt eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Behandlung erfolgt, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung stand.

(2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(3) Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die dort genannten ärztlichen Verordnungen die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet haben und nicht von der Einrichtung stammen, bei der die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbe-

handlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Feststellungsstelle beihilfefähig. In begründeten Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

(4) Die §§ 26 und 31 gelten entsprechend.

§ 35

Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen und besondere Heilbehandlungen durchführen, beispielsweise mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie, soweit die dafür erforderliche Ausstattung und das Pflegepersonal vorhanden sind,
2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung,
3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitationen bei Krebserkrankung eines Kindes,
4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für Beihilfeberechtigte nach § 2 Absatz 1 Nummer 1,
5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen und
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.

(2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18 und 22 bis 25 beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig:

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise
 - a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und
 - b) mit privaten Kraftfahrzeugen in entsprechender Anwendung des § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes, insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
2. Aufwendungen durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannter Begleitpersonen,
3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,
4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,

5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
- a) bei stationärer Rehabilitation einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
 - b) für Begleitpersonen bei stationärer Rehabilitation für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) 70 Prozent des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,
 - c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt,
 - d) bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und
 - e) der Begleitpersonen bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise).

Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nummer 6 sind bis zur Höhe von 6,20 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.

§ 36

Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf entsprechenden Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

- 1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
- 2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind und
- 3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Nummer 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Nummer 4 erzielt werden kann.

Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

(2) Die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.

(3) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Absatz 1 Nummer 1 in einer ausländischen Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn vor Beginn der Maßnahme die oder der von der Festsetzungsstelle beauftragte Ärztin oder Arzt die Einrichtung für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 9 Absatz 1 erwähnten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat.

Kapitel 3

Aufwendungen in Pflegefällen

§ 37

Grundsatz

Pflegebedürftige im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind.

§ 38

Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege

(1) Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig, soweit sie die in § 14 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Verrichtungen zur Sicherstellung der Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung betreffen und für geeignete Pflegekräfte entstehen, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Ausgenommen sind dabei Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1, soweit sie nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 kann auch eine Pauschalbeihilfe gewährt werden, soweit die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die getätigten Aufwendungen im Rahmen der Pauschalbeihilfe zur Hälfte berücksichtigt. Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berühren die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Darüber hinaus sind Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(3) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird.

(4) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern.

(5) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind nur beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für die notwendige Beförderung der oder des Pflegebe-

dürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Die beihilfefähigen Aufwendungen dürfen insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Absatz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen. Wird Beihilfe nach Satz 1 neben Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend.

(6) Bei Verhinderung der Pflegeperson und bei Kurzzeitpflege gelten die §§ 39 und 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(7) Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen. § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Werden die Voraussetzungen nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erst im Laufe eines Kalenderjahres erfüllt, ist der Höchstbetrag nur anteilig anzuerkennen.

(8) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(9) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der oder des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist der Aufwendungsbetrag dem Grunde nach beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird.

§ 39

Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind Aufwendungen

1. pflegebedingter Art,
2. für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt

wird, und

3. für soziale Betreuung.

§ 43 Absatz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die nicht nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen ist, sind beihilfefähig, wenn die Pflegeeinrichtung mit einer solchen nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar ist.

(3) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten, jedoch nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil der Einnahmen nach Satz 2 übersteigen. Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einnahmen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 nach Anlage I des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 Prozent der Einnahmen,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höheren Einnahmen
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 Prozent der Einnahmen und
3. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege der oder des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 Prozent der Einnahmen.

Einnahmen im Sinne der Sätze 1 und 2 sind die Dienst- und Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften sowie der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der oder des Beihilfeberechtigten und der Ehegattin, des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners einschließlich deren oder dessen laufender Einkünfte. Die Dienstbezüge sind die in § 1 Absatz 2 Nummer 1 bis 3 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung genannten (mit Ausnahme des kinderbezogenen Familienzuschlags) und der Altersteilzeitzuschlag. Die Versorgungsbezüge sind die in § 2 Absatz 1 des Beamtenversorgungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung genannten Bruttobezüge mit Ausnahme des Unterschiedsbetrages nach § 50 Absatz 1 Satz 2 des Beamtenversorgungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung, soweit nicht nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung geringere Versorgungsbezüge zustehen. Der Unfallausgleich nach § 35 des Beamtenversorgungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung, die Unfallentschädigung nach § 43 des Beamtenversorgungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung und Leistungen für Kinderer-

ziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt. Der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.

(4) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen. § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 40

Palliativversorgung

(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht möglich ist.

Kapitel 4

Aufwendungen in anderen Fällen

§ 41

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20d, 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

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

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 001, 007, 200, 405 und 406 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sowie für die Erhebung des Parodontalen Screening Index.

(3) Die für Inneres zuständige Senatsverwaltung kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Vorschriften 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 notwendig ist.

(4) Die für Inneres zuständige Senatsverwaltung kann sich im Einvernehmen mit der Senatsverwaltung für Finanzen in Einzelfällen einmalig oder laufend an den Kosten für allgemeine, nicht individualisierbare Maßnahmen zur Früherkennung und Vorsorge durch pauschale Zahlungen beteiligen.

(5) § 31 Absatz 5 in Verbindung mit § 49 Absatz 3 Nummer 3 gilt entsprechend.

§ 42

Schwangerschaft und Geburt

(1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach Kapitel 2 beihilfefähig Aufwendungen für

1. die Schwangerschaftsüberwachung,
2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger,
3. von Hebammen geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Absatz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind in Geburtsfällen zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft beihilfefähig. § 32 Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dies gilt nicht für die

Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren.

§ 43

Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, soweit deren Inhalt und Ausgestaltung den Grundsätzen nach § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen.

(2) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist.

(3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.

(4) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen nach den §§ 12, 22, 26, 28, 29, 31 und 32 beihilfefähig. Daneben sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs beihilfefähig.

§ 44

Tod der oder des Beihilfeberechtigten

Ist eine Beihilfeberechtigte oder ein Beihilfeberechtigter während einer Dienstreise, einer Abordnung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer oder seiner Hauptwohnung nach § 12 Absatz 2 Satz 2 des Melderechtsrahmengesetzes verstorben, sind die Kosten der Überführung beihilfefähig. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig. Der Bemessungssatz für die Überführungskosten beträgt 100 Prozent.

§ 45

Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. Erste Hilfe,
2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe und
3. Organspenderinnen und Organspender, wenn die Empfängerin oder der Empfänger des Organs beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, in entsprechender Anwendung von Kapitel 2. Beihilfefähig ist auch der von der Organspenderin oder dem Organspender nachgewiesene Ausfall von Arbeits-einkünften. Dies gilt auch für Personen, die als Organspenderin oder Organspender vorge-sehen waren, aber nicht in Betracht kommen.

Kapitel 5

Leistungsumfang

§ 46

Bemessung der Beihilfe

(1) Beihilfe wird gemäß § 76 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und ihrer berück-sichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung. In Pflegefällen können, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorge-sehen ist, auch Pauschalen gezahlt werden.

(2) Der erhöhte Bemessungssatz von 70 Prozent nach § 76 Absatz 3 Satz 3 2. Halbsatz des Landesbeamtengesetzes gilt bei mehreren Beihilfeberechtigten nur für diejenigen, die den Famili-enzuschlag nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fas-sung oder den Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung beziehen.

(3) Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Be-messungssatz von 70 Prozent zustände.

(4) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent.

§ 47

Abweichender Bemessungssatz

(1) Die Festsetzungsstelle kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes den Bemessungssatz für Aufwendungen anlässlich einer Dienstbeschädigung angemessen erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Beamtenversorgungsgesetz in der am 31. August 2006 geltenden Fassung bestehen.

(2) Den Bemessungssatz von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit geringen Gesamteinkünften kann die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung für höchstens zwei Jahre um höchstens zehn Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent der Gesamteinkünfte übersteigt. Die geringen Einkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Ehegattin, den berücksichtigungsfähigen Ehegatten, die berücksichtigungsfähige Lebenspartnerin oder den berücksichtigungsfähigen Lebenspartner ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 76 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes ergeben würden.

(3) Die Festsetzungsstelle kann den Bemessungssatz in weiteren besonderen Ausnahmefällen im Einvernehmen mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes zwingend geboten ist. Hierbei ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen.

(4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch

höchstens auf 90 Prozent. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.

(5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in den Fällen nach § 31 Absatz 5 und § 41 Absatz 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen für die Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungs-, Untersuchungs- oder Entbindungsort, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Absatz 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.

(6) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Ansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Sachleistungen und Erstattungen der Krankenkasse ergeben. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder Ähnliches von mindestens 21 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird oder die gesetzliche Krankenkasse keine Sachleistung oder Erstattung erbracht hat.

(7) In Fällen des § 39 Absatz 3 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten auf 100 Prozent.

(8) Für beihilfefähige Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähiger Angehöriger, deren Beiträge für eine private Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen mit mindestens 41 Euro monatlich bezuschusst werden, ermäßigt sich der Bemessungssatz für die Zuschussempfängerin oder den Zuschussempfänger um 20 Prozentpunkte. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

§ 48

Begrenzung der Beihilfe

Die Beihilfe darf zusammen mit Sachleistungen und Erstattungen, die aus demselben Anlass aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung sowie aufgrund von anderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt werden, die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, und das Sterbegeld nach § 18 Absatz 2 Nr. 2 des Beamtenversorgungsgesetzes in der am

31. August 2006 geltenden Fassung unberücksichtigt. Die Sachleistungen und Erstattungen sind durch Belege nachzuweisen. Dies gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz.

§ 49

Eigenbehalte

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um zehn Euro je Kalendertag bei

1. vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 und Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Absatz 1 und 2 Satz 1, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und
2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Nummer 1 bis 3.

(2) Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von zwölf Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigter, Beihilfeberechtigtem, berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder berücksichtigungsfähigem Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von

1. ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen,
2. zahnärztlichen Leistungen und
3. Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern.

(3) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für

1. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung sowie
3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten.

(4) Auf Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 314 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind, werden die Eigenbehalte nach den Absätzen 1 und 2 mit der Maßgabe angewandt, dass die von der privaten Krankenversicherung abgezogenen Selbstbehalte als Eigenbehalte zu berücksichtigen sind.

§ 50

Belastungsgrenzen

(1) Auf Antrag sind Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen oder der Beihilfe für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, soweit sie die Belastungsgrenze nach Satz 4 überschreiten. Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs folgt. Dabei sind die Beträge nach § 49 Absatz 1 nur entsprechend der Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 76 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen

1. zwei Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 3 bis 7 sowie
2. für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BANz. Nr. 18, S. 1343), zuletzt geändert am 19. Juli 2007 (BANz. Nr. 198, S. 7821), ein Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 3 bis 7.

(2) Maßgeblich ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen. Die Einnahmen der Ehegattin, des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners werden nicht berücksichtigt, wenn sie oder er Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 Prozent und für jedes berücksichtigungsfähige Kind im Sinne des § 4 Absatz 2 um den Betrag, der sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergibt. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen, ist für die Berechnung der Belastungsgrenze der nach Maßgabe der Regelsatzverordnung zu ermittelnde Regelsatz anzuwenden.

Kapitel 6

Verfahren und Zuständigkeit

§ 51

Bewilligungsverfahren

(1) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu auf eigene Kosten bei Sachverständigen Gutachten einholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung der oder des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu anonymisieren, dass die Gutachterin oder der Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann. Ist für die Begutachtung die Mitwirkung der oder des Betroffenen erforderlich, sind § 60 Absatz 1 Satz 1, § 62 und die §§ 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall die Gutachten zugrunde zu legen, die für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Pflegeversicherung angehören, und bei Bedarf auch für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige hat die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen zu lassen.

(3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der oder des Beihilfeberechtigten bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Zweitschriften der Belege sind grundsätzlich ausreichend. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen. Absatz 5 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(4) Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen. Kann die oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringen, hat die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen festzustellen. Auf Anforderung muss mindestens für eine Bescheinigung des Krankheitsbilds und der erbrachten Leistungen eine Übersetzung vorgelegt werden.

(5) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Die Festsetzungsstelle kann von einer Rücksendung der Belege absehen. In diesen Fällen sind die Belege spätestens sechs Monate nach Unanfechtbarkeit des Beihilfebescheides zu vernichten. Die Beihilfebe-

berechtigten können in begründeten Fällen die Rücksendung der Belege verlangen. Liegen tatsächliche Anhaltspunkte dafür vor, dass ein vorgelegter Beleg unecht ist oder dass ein vorgelegter echter Beleg verfälscht ist, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der oder des Beihilfeberechtigten bei der angegebenen Rechnungsstellerin oder dem angegebenen Rechnungssteller eine Auskunft über die Echtheit des Beleges einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen.

(6) Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Festsetzungsstelle nach vorheriger Anhörung der oder des Beihilfeberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter ohne Zustimmung der oder des Beihilfeberechtigten die Beihilfe selbst beantragen.

(7) Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Die Festsetzungsstelle kann bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung anderer unbilliger Härten Ausnahmen zulassen.

(8) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der oder des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen leisten. Sie kann die Beihilfe in Ausnahmefällen im Einverständnis mit der oder dem Beihilfeberechtigten an Dritte auszahlen.

§ 52

Zuordnung von Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen werden

1. für eine Familien- und Haushaltshilfe der jüngsten verbleibenden Person,
 2. für eine Begleitperson der oder dem Begleiteten und
 3. in Geburtsfällen einschließlich der Aufwendungen des Krankenhauses für das gesunde Neugeborene der Mutter
- zugeordnet.

§ 53

Elektronische Gesundheitskarte

Beihilfe zu Aufwendungen für Arzneimittel wird Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291a des Fünften Buches Sozi-

algesetzbuch erhalten haben, nur gewährt, wenn die elektronische Gesundheitskarte beim Kauf der Arzneimittel eingesetzt wurde.

§ 54

Antragsfrist

(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge die Aufwendungen bezahlt hat.

(2) Die Frist ist auch gewährt, wenn der Antrag von Beihilfeberechtigten nach § 3 innerhalb der Frist nach Absatz 1 bei der zuständigen Beschäftigungsstelle im Ausland eingereicht wird.

§ 55

Geheimhaltungspflicht

(1) Die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie bekannt gegeben worden sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Befugnis zur Verwendung der Daten für einen anderen Zweck oder die oder der Betroffene hat schriftlich in die Zweckänderung eingewilligt.

(2) Personenbezogene Daten aus der Beihilfeakte dürfen ohne Einwilligung der oder des Betroffenen an die Bezügestelle übermittelt werden, soweit die Kenntnis der Daten für die Festsetzung und Berechnung der Besoldung oder Versorgung oder für die Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich ist.

§ 56

Festsetzungsstellen

(1) Festsetzungsstellen sind

1. die obersten Dienstbehörden für die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiterinnen

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

Die in Satz 1 genannten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln.

§ 57

Verwaltungsvorschriften

Die für Inneres zuständige Senatsverwaltung erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

Kapitel 7

Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 58

Übergangsvorschriften

(1) Auf Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, findet Artikel XIII § 5 des Dienstrechtsänderungsgesetzes vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70) Anwendung.

(2) Auf Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner findet § 58 Absatz 2 der Bundesbeihilfeverordnung weiterhin Anwendung.

(3) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten, die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben sind, gelten abweichend von § 4 Absatz 2 längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich geleisteter Wehr- oder Zivildienstzeiten als berücksichtigungsfähige Angehörige.

(4) Auf Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, deren Bemessungssatz vor Inkrafttreten der Bundesbeihilfeverordnung unbefristet erhöht wurde, findet § 58 Absatz 4 der Bundesbeihilfeverordnung weiterhin Anwendung.

(5) Auf die Regelung des § 46 Absatz 2 dieser Verordnung findet § 58 Absatz 5 der Bundesbeihilfeverordnung weiterhin Anwendung.

§ 59

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

1. Völliger Ausschluss

A

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

E

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

F

- Frischzellentherapie

G

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

H

- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I

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

K

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

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

- Modifizierte Eigenblutbehandlung (z. B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder 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

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle und in Zweifelsfällen eine Bestätigung durch eine Gutachterin oder einen Gutachter einzuholen.
- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich
Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche) oder des Faszitis plantaris (Fersensporn). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 1800 beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.
- Klimakammerbehandlungen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens einer von ihr bestimmten Ärztin oder eines von ihr bestimmten Arztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

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

- Magnetfeldtherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen Pseudarthrosen sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

- Ozontherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens einer Ärztin oder eines Arztes, die oder den sie bestimmt, die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- Prostata-Hyperthermie-Behandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.

- Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z. B. Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 der Anlage 4 zu § 23 Absatz 2 BBhV zugeordnet.

- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

**Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und
Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

1. Psychotherapeutische Leistungen:

1.1 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren sind:

1. Familientherapie,
2. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
3. Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers),
4. Gestaltungstherapie,
5. Körperbezogene Therapie,
6. Konzentrierte Bewegungstherapie,
7. Logotherapie,
8. Musiktherapie,
9. Heileurhythmie,
10. Psychodrama,
11. Respiratorisches Biofeedback,
12. Transaktionsanalyse.

1.2 Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z. B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.

2. Psychosomatische Grundversorgung

2.1 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für

- Allgemeinmedizin,
- Augenheilkunde,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Innere Medizin,
- Kinderheilkunde,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Neurologie,
- Phoniatrie und Pädaudiologie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,

- psychotherapeutische Medizin oder
 - Urologie
- durchgeführt wird.

- 2.2 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von
- einer Ärztin oder einem Arzt,
 - einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
 - einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Verfahren verfügt.

3. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

- 3.1 Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche sein:
- Psychotherapeutische Medizin,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse".

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für

- Psychotherapeutische Medizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie
- eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

- 3.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

3.3 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

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

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

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

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

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
- 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.

3.6 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsy-

chologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die oder 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 GOÄ).

- 3.7 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin 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 eine Fachärztin oder 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.

- 3.8 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 § 20 Absatz 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.

4. Verhaltenstherapie

- 4.1 Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
- Psychotherapeutische Medizin,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder

- Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
- 4.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
- 4.3 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin, einen Psychologischen Psychotherapeuten, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
 - 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.
- 4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 oder 4.3, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 und oder 4.4, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 4.5 Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl von Sitzungen nicht erreicht wird, kann eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 20 weiteren Sitzungen anerkannt werden. In medizinisch besonders begründeten Fällen können nochmals weitere 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 20 Absatz 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere verhaltenstherapeutische Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel

Das Heilmittel muss von einer der folgenden Personen erbracht werden und die erbrachten Leistungen müssen der staatlichen Berufsausbildung oder dem Berufsbild entsprechen:

- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
- Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
- Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
- Krankengymnastin oder Krankengymnast,
- Logopädin oder Logopäde,
- klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
- Masseurin oder Masseur,
- medizinische Bademeisterin oder medizinischer Bademeister,
- Podologin oder Podologe.

Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilmittel und Voraussetzungen für bestimmte Heilmittel

1.

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
I. Inhalation¹⁾		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70 €
2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Raum-inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,60 €
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Raum-inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmerin oder 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	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 Pers.) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	6,20 €
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder 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 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder 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 Pers.), je Teilnehmerin oder 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. Glissonschnelle)	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-, Periostr-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80 €
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾ a) Teilbehandlung, 30 Minuten b) Großbehandlung, 45 Minuten c) Ganzbehandlung, 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	19,50 € 29,20 € 39,00 € 8,70 €
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt 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 • Großpackung	20,50 € 28,20 €
	b) Schweißpackung (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 Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40 €
	d) Heublumensack, Peloidkompressen	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)	12,30 €
	- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)	20,00 €
	- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
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 b) Vollbad	28,70 € 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 b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - d) Weitere Zusätze, je Zusatz	6,70 € 13,30 € 18,50 € 3,10 €
31	Gashaltige Bäder a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter den Nummern 30a bis c und 31b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d beihilfefähig.	19,50 € 22,50 € 21,00 € 18,50 € 3,10 €

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, diadynamischer 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 b) in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,10 € 2,60 €
43	a) Reizbehandlung ⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht b) Reizbehandlung ⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	3,10 € 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 b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall c) Ausführlicher Bericht	31,70 € 49,60 € 11,80 €
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	31,70 € 41,50 € 52,20 €
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmerin oder Teilnehmer a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	14,90 € 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 sensomotorischen/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 Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,40 €
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	28,70 €
X. Podologische Therapie¹³		
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. Nummer 59 abrechenbar); je Person	3,50 €

XI. Sonstiges		
61	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20 €
62	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	
1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig. 2) Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden. 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden. 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden. 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden. 6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden. 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden 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, 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 4-6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden 13) Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.		

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

2.1. Erweiterte ambulante Physiotherapie

Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur auf Grund einer Verordnung von Krankenhausärztinnen / Krankenhausärzten, von Ärztinnen / Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einer Allgemeinärztin / Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen anerkannt:

2.1.1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

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

2.1.2. Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteotomien der großen Röhrenknochen

2.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen
- Knieendoprothesen
- Hüftendoprothesen

2.1.4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

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

2.1.5. Amputationen

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

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

2.3. Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- Krankengymnastische Einzeltherapie

- physikalische Therapie nach Bedarf
- medizinisches Aufbautraining
und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:
- Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
- Isokinetik
- Unterwassermassage

2.4. Die durchgeführten Leistungen sind durch die Patientin oder den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.

2.5. Die in Nummer 2.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.

3. Medizinisches Aufbautraining (MAT)

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

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

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt.

Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich bei von einer Ärztin oder einem Arzt erbrachten Leistungen nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie.

Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3 fachen der Einfachsätze der GOÄ beihilfefähig:

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

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

- Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 GOÄ, zuzüglich zusätzlichem Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 GOÄ (je Sitzung) und begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 15 der Anlage 4 zu § 23 Absatz 2.

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

4. Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologinnen und Podologen sind nur bei der Diagnose "Diabetisches Fußsyndrom" beihilfefähig.

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

1. 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 einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind.

Abduktionslagerungskeil
Absauggerät (z. B. bei Kehlkopfkrankung)
Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
Alarmgerät für Epileptikerinnen oder Epileptiker
Anatomische Brillenfassung
Anus-*praeter*-Versorgungsartikel
Anzieh-/Ausziehhilfen
Aquamats
Armmanschette
Armtragegurt/-tuch
Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-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
Augenschiellappe, auch als Folie

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

Clavicula-Bandage
 Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)
 Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhard- und –software bis zu 3 500 Euro, ggf. zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5 400 Euro

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

 Einlagen, orthopädische
 Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
 Ekzem-Manschette
 Elektro-Stimulationsgerät
 Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
 Epitrain-Bandage
 Ernährungssonde

 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
 Fingerling
 Fingerschiene
 Fixationshilfen
 (Mini)Fonator
 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)

 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, Liegeschale
 Glasstäbchen
 Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
 Gummistrümpfe

 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
 Handgelenkriemen
 Hebekissen
 Heimdialysegerät
 Helfende Hand, Scherenzange
 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
 Hörgeräte (HdO, Taschenggeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte, schallaufnehmendes Gerät bei teilimplantiertem Knochenleitungs-Hörsystem); einschließlich der Nebenkosten bis zu 1 025 Euro je Ohr ggf. zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung

 Impulsvibrator
 Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör
 Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher

Innenschuh, orthopädischer
Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen
Ipos-Vorfußentlastungsschuh

Kanülen und Zubehör
Katapultsitz
Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
Kieferspreizgerät
Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
Klumpfußschiene
Klumphandschiene
Klyso
Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebrāl-paretischen Kindern
Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
Knöchel- und Gelenkstützen
Körperersatzstücke einschl. Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 Euro zu berücksichtigen und bei Badeanzügen, Bodys oder Korsett für Brustprothesenträgerinnen von 40 Euro)
Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
Koordinator nach Schielbehandlung
Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
Kopfschützer
Korrektursicherungsschuh
Krabber für Spastikerinnen und Spastiker
Krampfaderbinde
Krankenfahrstuhl mit Zubehör
Krankenpflegebett
Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke

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

Malleotrain-Bandage
Mangoldsche Schnürbandage
Manutrain-Bandage
Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
Milchpumpe
Mundsperrer
Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. ä., auch Haltemanschetten usw.
Orthesenschuhe
Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (max. 6 Paar Schuhe pro Jahr)

Pavlikbandage
Peak-Flow-Meter
Penisklemme
Peroneusschiene, Heidelberger Winkel
Polarimeter
Psoriaskamm

Quengelschiene

Reflektometer
Rektophor
Rollator
Rollbrett
Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
Schede-Rad
Schrägliegebrett
Schutzbrille für Blinde
Schutzhelm für Behinderte
Schwellstromapparat
Segofix-Bandagensystem
Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
Skolioseumkrümmungsbandage
Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
Sphinkter-Stimulator
Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
Spreizfußbandage
Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
Spritzen
Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden oder Lähmungszuständen (Einzelschuhversorgung)
Stehübungsgerät
Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
Strickleiter
Stubbies
Stumpfschutzhülle
Stumpfstrumpf
Suspensorium
Symphysen-Gürtel

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

Übungsschiene
Urinale
Urostomie-Beutel

Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung)
Vibrationstrainer bei Taubheit

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind 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 die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.
3. Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
 - a) Anschaffungen zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,
 - b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
 - aa) Unterrichtsstunde a 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden, 56,43 Euro
 - bb) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten Takt anteilig berechnet wird, 44,87 Euro
 - cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, 0,30 Euro
 - dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder 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 der Trainerin oder des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

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

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

4. Sehhilfen

4.1. Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- nach Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn aufgrund der Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge $\leq 0,3$ beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld ≤ 10 Grad bei zentraler Fixation ist.

Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung einer Augenärztin oder eines Augenarztes. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin oder eines Augenoptikers. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig.

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

a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis ± 6 Dioptrien (dpt):

Einstärkengläser:	für das sph. Glas	31,00Euro
	für das cyl. Glas	41,00Euro
Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	72,00Euro
	für das cyl. Glas	92,50Euro

b) bei Gläserstärken über ± 6 Dioptrien (dpt):
zuzüglich je Glas 21,00Euro

c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:
zuzüglich je Glas 21,00Euro

d) Gläser mit prismatischer Wirkung:
zuzüglich je Glas 21,00Euro.

4.1.2. Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nummer 4.1.1 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

4.1.2.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)
zuzüglich je Glas bis zu 21 Euro

a) bei Gläserstärken ab ± 6 dpt,

b) bei Anisometropien ab 2 dpt,

c) unabhängig von der Gläserstärke

aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,

bb) bei Patientinnen und Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,

cc) Brillen, die im Rahmen der Schulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind.

4.1.2.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser
zuzüglich je Glas bis zu 11 Euro bei

- a) umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
- b) krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen
- c) Fortfall der Pupillenverengung (z. B. absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),
- d) chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),
- e) entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
- f) Ciliarneuralgie,
- g) Blendung bedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- h) totaler Farbenblindheit,
- i) unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- j) intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- k) Gläsern ab + 10 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille.

4.1.3 Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe sind bei nachstehend aufgeführten Indikationen für Kurzzeitlinsen bis zu 154 Euro (sphärisch) bzw. bis zu 230 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig:

- a) Myopie ab 8,0 dpt,
- b) Hyperopie ab 8,0 dpt,
- c) Irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20% verbesserte Sechstärke gegenüber Brillengläser erreicht wird,
- d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3,0 dpt,
- e) Astigmatismus obliquus (Achslage $45^\circ \pm 30^\circ$, bzw. $135^\circ \pm 30^\circ$) ab 2 dpt,
- f) Keratokonus,
- g) Aphakie,
- h) Aniseikonie (bei gleicher oder wenig differenter Refraktion beider Augen muss eine Aniseikoniemessung nach einer anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode erfolgen und dokumentiert werden),
- i) Anisometropie ab 2,0 dpt.
Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei Vorliegen der Indikationen neben den Kontaktlinsen Aufwendungen für eine Brille im Rahmen der Nummer 4.2. und 4.3. zusätzlich beihilfefähig. Liegt keine der Indikationen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.

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

- 4.3. Therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankungen sind in folgenden Fällen bei bestehender medizinischer Notwendigkeit beihilfefähig:
- 4.3.1 Lichtschutz mit einer 75%igen Transmission oder weniger bei
a) den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
b) Albinismus.
- 4.3.2 UV-Kantenfilter (400 nm) bei
a) Aphakie (Linsenlosigkeit),
b) Photochemotherapie (zur Absorption des langwelligen UV-Lichts),
c) als UV-Schutz nach Staroperation, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,
d) Iriskolobomen,
e) Albinismus.
Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.
- 4.3.3 Kantenfilter (540 bis 660 nm) bei
a) dystrophischen Netzhauterkrankungen, z. B. Zapfenanomalien der Netzhaut bedingte Sehstörung (Achromatopsie), Retinopathia pigmentosa,
b) Iriskolobomen,
c) Albinismus.
Kantenfilter sind nicht beihilfefähig bei altersbedingter Makuladegeneration, diabetischer Retinopathie und Fundus myopicus.
Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.
- 4.3.4 Horizontale Prismen in Gläser ab 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ab 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen), bei krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern, sowie bei Augenmuskelparesen Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern. Bei vertikalen Prismen gelten die Voraussetzungen des Satzes 1 mit Ausnahme, dass der Grenzwert jeweils 1 Prismendioptrie beträgt.
Die Verordnung setzt in jedem Falle eine umfassende augenärztliche orthoptisch-pleoptische Diagnostik voraus. Isolierte Ergebnisse einer subjektiven Heterophorie-Testmethode begründen keine Verordnungsfähigkeit von Folien und Gläsern mit prismatischer Wirkung. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sind nicht verordnungsfähig. Höhenausgleichsprismen bei Bifokalgläsern mit Fernkorrektur > 2dpt Unterschied sind nicht verordnungsfähig.
Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, z. B. prä- oder postoperativ, ist der Einsatz von Prismenfolien angezeigt.
- 4.3.5 Organisches Glas mit sphärischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Organisches Glas mit sphärischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- 4.3.6 Okklusionskapseln, Okklusionsfolien und Okklusionspflaster bei Amblyopie, d. h. einer funktionellen Schwachsichtigkeit mit Herabsetzung der zentralen Sehschärfe ohne erkennbaren pathologischen Befund.
- 4.3.7 Uhrglasverbände bei unvollständigem Lidschluss, z. B. infolge einer Gesichtslähmung, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.
- 4.3.8 Irislinsen bei den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris - Regenbogenhaut - (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse).
- 4.3.9 Okklusionsschalen/Okklusionslinsen zur Amblyopie, sofern eine andere Behandlungsform nicht möglich ist.
- 4.3.10 Verbandlinsen/Verbandschalen bei/nach
a) Erosionen, Epitheldefekten, Ulzeration der Hornhaut (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
b) Abrasio nach Operation (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),

- c) Verletzung,
 - d) Verätzung,
 - e) Verbrennung,
 - f) Hornhautperforation oder lamellierende Hornhautverletzung,
 - g) Keratoplastik,
 - h) Hornhautentzündungen und –ulzerationen, z. B. Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis, Keratitis herpetica,
 - i) kontinuierlicher Medikamentenzufuhr als Medikamententräger.
- 4.3.11 Kontaktlinsen - bei ausgeprägtem, fortgeschrittenen Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen (z. B. Vogt-Linien) und Hornhautradius < 7,0 mm zentral oder im Apex; oder - nach Hornhauttransplantation/Keratoplastik.
- 4.3.12 Kunststoffgläser bei Patientinnen und Patienten, die an Epilepsie oder an Spastiken erkrankt sind - sofern sie erheblich sturzgefährdet sind - oder Einäugige (Einäugige: bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges von < 0,2).
- 4.4 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind die Aufwendungen für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 4.1.1 und 4.1.2 und für eine Brillenfassung bis zu 52 Euro beihilfefähig.
- 4.5. Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleich bleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
- a) sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,
 - b) die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
 - c) sich die Kopfform geändert hat.
- 4.6. Aufwendungen für
- a) Sehhilfen, die nur durch eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,
 - b) Bildschirmbrillen
 - c) Brillenversicherungen
 - d) Zweitbrillen, Reservebrillen
 - e) Etui
- sind nicht beihilfefähig.

**Nicht beihilfefähige Hilfsmittel,
Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle**

Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 6 Absatz 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 25 Absatz 2) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk
Adju-Set/-Sano
Angorawäsche
Anti-Allergene-Matrasen und Bettbezüge
Aqua-Therapie-Hose
Arbeitsplatte zum Krankenfahrsstuhl
Augenheizkissen
Autofahrerrückenstütze
Autokindersitz
Autokofferraumlifter
Autolifter

Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte
Bandagen (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Basalthermometer
Bauchgurt
Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung
Bett (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
Bett-Tisch
Bidet
Bildschirmbrille
Bill-Wanne
Blinden-Uhr
Blutdruckmessgerät
Brückentisch

Dusche

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)
Erektionshilfen
Ergometer
Ess- und Trinkhilfen
Expander

Farberkennungsgerät
Fieberthermometer
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

Handschuhe (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Handtrainer
Hängeliege
Hantel (Federhantel)
Hausnotrufsystem
Hautschutzmittel
Heimtrainer
Heizdecke/-kissen
Hilfsgeräte für die Hausarbeit
Höhensonne
Hörkissen
Hörkragen Akusta-Coletta

Intraschallgerät "NOVAFON"
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)
Ionopront, PermoX-Sauerstofferzeuger

Katzenfell
Klingelleuchte (soweit nicht von Anlage 5 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 Dermatitiden). 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 Dermatitiden droht. Dies gilt auch, wenn dadurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wieder ermöglicht wird.
Kreislaufgerät "Schiele"

Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
Language-Master
Luftreinigungsgeräte

Magnetfolie
Monophonator
Munddusche

Nackenheizkissen
Nagelspange Link

Öldispersionsapparat

Pulsfrequenzmesser

Rotlichtlampe
Rückentrainer

Salbenpinsel
Schlaftherapiegerät
Schuh (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Spezialsitze
Spirometer
Spranzbruchband
Sprossenwand
Sterilisator
Stimmübungssystem für Kehlkopflose
Stockroller
Stockständer
Stufenbett
SUNTRONIC-System (AS 43)

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

Übungsmatte
Ultraschalltherapiegeräte
Umweltkontrollgerät
Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage
Wandstandgerät
WC-Sitz

Zahnpflegemittel
Zweirad für Behinderte.

A. Begründung:

a) Allgemeines:

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 17. Juni 2004 u. a. entschieden, dass die als Verwaltungsvorschriften ergangenen Beihilfевorschriften nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Gesetzesvorbehalts genügen. Die wesentlichen Entscheidungen über die Leistungen an Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger im Fall von Krankheit und Pflegebedürftigkeit habe der Gesetzgeber zu treffen.

Die tragenden Strukturprinzipien des Beihilferechts müssen danach gesetzlich geregelt werden. Es handelt sich dabei mindestens um folgende Bereiche:

1. Das System, das für Beamtinnen und Beamte sowie ihre Angehörigen die Absicherung vor den finanziellen Folgen von Krankheit organisieren soll,
2. die Risiken, die abgedeckt werden sollen,
3. der Personenkreis, der Leistungen beanspruchen kann,
4. die Aufwendungen, die beihilfefähig sein sollen,
5. die Beihilfeausschlüsse und Konkurrenzregelungen bei mehrfacher Anspruchsberechtigung sowie
6. die Begrenzung der zu erbringenden Beihilfe.

Der Bund hat der Forderung des Gerichtes Rechnung getragen und mit der Regelung in § 80 des Bundesbeamtengesetzes und dem Erlass der Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV) vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326/ ABI. S. 573) sein Beihilferecht entsprechend umgestellt.

Aufgrund der Verweisung im Landesbeamtengesetz findet gegenwärtig im Land Berlin die Bundesbeihilfeverordnung unmittelbar Anwendung. Mit dem Inkrafttreten der Bundesbeihilfeverordnung wurden sachliche Änderungen insbesondere in folgenden Bereichen vorgenommen:

- Die Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner wurde von 18 000 Euro auf 17 000 Euro reduziert.
- Die Vorschriften über Beihilfe zu Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, insbesondere die Regelungen zur Erstattungsfähigkeit von Implantaten, wurden an die aktuelle Rechtsprechung angepasst.

- Aufwendungen für Soziotherapie für schwerwiegend psychisch Erkrankte wurden in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.
- Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen wurde in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch neu geregelt.
- Die Abrechnung von Aufwendungen, die außerhalb der Europäischen Union entstehen, wurde vereinfacht.
- Eine Übergangsregelung für bis zum Wintersemester 2006/2007 immatrikulierte Studentinnen und Studenten wurde eingeführt.
- Die Beihilfavorschriften wurden an die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Vorschriften, einschließlich der durch die Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung veranlassten Veränderungen angepasst.

Der Landesgesetzgeber hat nunmehr die tragenden Strukturprinzipien des Beihilferechts entsprechend der Forderung des Bundesverwaltungsgerichts in § 76 des Landesbeamtengesetz vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70) geregelt und somit die Entscheidung getroffen, die Gewährung von Beihilfen auf ein eigenes Landesrecht umzustellen. Nach § 76 Absatz 11 des Landesbeamtengesetzes wird der Senat ermächtigt, durch eine Rechtsverordnung die Einzelheiten der Beihilfegewährung zu regeln. Insbesondere kann er Höchstbeträge, Belastungsgrenzen, den völligen oder teilweisen Ausschluss von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und den Abzug von Pauschalbeträgen von der zu gewährenden Beihilfe für jedes Quartal, in dem Aufwendungen entstanden sind, in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch festlegen.

Inhaltlich entsprechen die Regelungen der Landesbeihilfeverordnung überwiegend dem gegenwärtig geltenden Recht der Bundesbeihilfeverordnung. Folgende Regelungen der Landesbeihilfeverordnung weichen von den Regelungen der Bundesbeihilfeverordnung ab:

- In Bezug auf die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel wird die bis zum Dezember 2003 geltende Regelung unter Beachtung neuester Rechtsprechung und in Anlehnung an § 34 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wieder eingeführt. Danach sind mit wenigen Ausnahmen (z.B. Mittel zur Abmagerung, Mittel zur Zügung des Appetits) die schriftlich verordneten Arznei- und Verbandmittel beihilfefähig. Mit dieser Neuregelung wird im Hinblick auf die Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln nicht mehr nach verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln unterschieden.
- Die bisherigen Regelungen über die Eigenbehalte für Arznei- und Verbandmittel, für Hilfsmittel, bei Fahrtkosten und für die Inanspruchnahme einer häuslichen Krankenpflege werden nicht in die Landesbeihilfeverordnung übernommen. Einzig die Eigenbehalte bei vollstationärer Krankenhausbehandlung, bei Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen (Sa-

natorien) und bei Rehabilitationsmaßnahmen werden weiterhin bei der Berechnung und Festsetzung der Beihilfe berücksichtigt.

- Als Ausgleich für den Wegfall der vorstehend genannten Eigenbehalte wird der Betrag für die sog. Praxisgebühr moderat um zwei Euro auf insgesamt zwölf Euro erhöht.

b) Einzelbegründung:

Zu § 1 (Regelungszweck)

Die Vorschrift legt den Charakter der Beihilfe als Ergänzung der Eigenvorsorge der Beihilfeberechtigten fest. Die durch die Beihilfe nicht abgedeckten Aufwendungen müssen Beihilfeberechtigte ab 1. Januar 2009 bei einer privaten Krankenversicherung absichern, soweit sie nicht (freiwillige) Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Zum 1. Januar 2009 wurde durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Versicherungspflicht auch für Personen mit Beihilfeanspruch eingeführt.

Zu § 2 (Beihilfeberechtigte)

Absatz 1:

Die Regelung legt dem Grunde nach den beihilfeberechtigten Personenkreis fest. Die Festlegung statuiert nicht abschließend den Beihilfeanspruch. Ergänzend müssen weitere Voraussetzungen hinzutreten. Neben Beamtinnen und Beamten können andere Personengruppen aufgrund Verweisung in spezialgesetzlichen Regelungen einen Beihilfeanspruch haben (vgl. § 7 des Berliner Richtergesetzes).

Absatz 2:

Die Beihilfeberechtigung ist grundsätzlich davon abhängig, dass die Beihilfeberechtigten laufende Bezüge erhalten. Sie besteht auch bei Bezug der genannten Leistungen, die im Sinne des Beihilferechts als Bezüge gelten. Die Beihilfeberechtigung besteht weiter, auch wenn die tatsächliche Zahlung während der Elternzeit oder wegen der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften eingestellt ist.

Absatz 3:

Die genannten Personenkreise sind nicht beihilfeberechtigt, weil dem Dienstherrn für diese keine besondere Fürsorgepflicht obliegt, die eine ergänzende Leistung zur Alimentation erfordert. Daneben sind diejenigen Personen ausgeschlossen, die typischerweise über eine ausreichende

Absicherung auf der Grundlage anderer Normen verfügen und daher nicht der Fürsorge durch die Gewährung von Beihilfe bedürfen.

Zu § 3 (Beamtinnen und Beamte im Ausland)

Zugunsten von Beamtinnen und Beamte, für die diese Regelung klarstellt, dass sie auch dann beihilfeberechtigt sind, wenn ihr dienstlicher Wohnsitz außerhalb des räumlichen Anwendungsbereichs der Landesbeihilfeverordnung liegt, gelten teilweise abweichende Regelungen (§ 4 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 2, § 6 Absatz 4, § 9 Absatz 4, § 11 Absatz 3, § 18 Absatz 2 Satz 3 und Absatz 8, § 23 Absatz 2, § 26 Absatz 3, § 29, § 31 Absatz 5, § 32 Absatz 3, § 36 Absatz 3, § 42 Absatz 2, § 44 Satz 2, § 47 Absatz 5 und § 54 Absatz 2).

Zu § 4 (Berücksichtigungsfähige Angehörige)

Absatz 1:

Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner sind berücksichtigungsfähig, wenn ihr zu versteuerndes Einkommen im zweiten Kalenderjahr vor dem laufenden Jahr 17 000 Euro nicht überschritten hat. Als Bemessungszeitraum für das eigene Einkommen wird das vorvergangene Kalenderjahr gewählt, da davon auszugehen ist, dass für diesen Zeitraum auch bei Selbständigen bereits eine Steuerfestsetzung vorliegt. Erklärt die oder der Beihilfeberechtigte, dass das Einkommen der Ehegattin, des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners im laufenden Jahr unter 17 000 Euro gesunken ist, kann bis zur Vorlage des Steuerbescheides unter dem Vorbehalt des Widerrufs Beihilfe gewährt werden. Das Risiko nachträglicher Rückforderung gezahlter Beihilfe, wenn die Jahressumme des tatsächlichen zu versteuernden Einkommens den Grenzwert überschreitet, trägt die oder der Beihilfeberechtigte.

Bei einem zu versteuernden Einkommen von mehr als 17 000 Euro ist davon auszugehen, dass Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen oder eingetragene Lebenspartner wirtschaftlich selbständig sind und ihnen zugemutet werden kann, für einen eigenen Krankenversicherungsschutz zu sorgen.

Soweit Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner der Beihilfeberechtigten über ein eigenes Einkommen in dieser Höhe verfügen, bedarf es der Fürsorgepflicht des Dienstherrn nicht mehr. Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen oder eingetragene Lebenspartner die sich in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung befinden, verfügen dadurch über einen eigenständigen Versicherungsschutz. Ein Ausschluss dieses Personenkreises ab diesem Grenzbetrag von der Beihilfe ist sowohl mit der Fürsorgepflicht

des Dienstherrn als auch mit höherrangigem Recht vereinbar. Der dem Dienstherrn bei der Beihilfegewährung eingeräumte Spielraum erlaubt es, erhebliches Einkommen, das zu einer wirtschaftlichen Selbständigkeit von nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnerinnen und eingetragenen Lebenspartnern führt, bei der Beihilfegewährung einschränkend zu berücksichtigen. Der Ausschluss der Beihilfe im Fall wirtschaftlich selbständiger Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragener Lebenspartnerinnen und eingetragener Lebenspartner von Beihilfeberechtigten trägt dem subsidiären Charakter der Beihilfe Rechnung. Nach Einführung einer Versicherungspflicht und des Basistarifs mit Kontrahierungszwang bedarf es keiner Härtefallregelung für diesen Personenkreis mehr, welche die Einkommensgrenze überschreiten und auf Grund bestehender Erkrankungen keine private Vollversicherung abschließen können.

Maßgeblicher Zeitpunkt für die um zwei Jahre rückschauende Bestimmung des Einkommens ist das Datum des Eingangs des Beihilfeantrags bei der Festsetzungsstelle. Hierdurch bleibt die beihilferechtliche Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnerinnen und eingetragenen Lebenspartnern gesichert, wenn ihr Einkommen in einem Kalenderjahr nur zu Beginn eines Jahres die Einkommensgrenze überschritten hat.

Die Nichteinbeziehung im Ausland erzielter Einkünfte der berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnerinnen und eingetragenen Lebenspartnern der im Ausland tätigen Beihilfeberechtigten nach Satz 3 soll die Ausübung einer eigenen Berufstätigkeit am ausländischen Dienstort erleichtern. Da ausländische Krankenversicherungsträger oft nur sehr eingeschränkte oder unzureichende Leistungen erbringen, sind diese Personen auf die ergänzende Gewährung von Beihilfe über die beamteten Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnerinnen oder eingetragenen Lebenspartnern angewiesen. Die Nichtberücksichtigung bei der Einkommensgrenze gilt dabei nur für den Teil des Einkommens, der durch die berufliche Tätigkeit am ausländischen Dienstort erzielt wird.

Absatz 2:

Ein Anspruch auf Beihilfe für Kinder als berücksichtigungsfähige Angehörige besteht grundsätzlich so lange, wie die Kinder im Familienzuschlag der oder des Beihilfeberechtigten nach dem Bundesbesoldungsgesetz in der am 31. August 2006 geltenden Fassung berücksichtigungsfähig sind. Für Kinder von Beamtinnen und Beamten nach § 3 kommt es statt des Familienzuschlags auf den AuslandsKinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung an.

Absatz 3:

Diese Regelung dient der Klarstellung.

Zu § 5 (Konkurrenzen)

Die Höhe der zu gewährenden Beihilfe ist wesentlich von der Art des Beihilfeanspruchs abhängig. Deshalb bedarf es bei mehreren grundsätzlich nebeneinander bestehenden Ansprüchen einer Regelung, welche Ansprüche andere Ansprüche ausschließen oder ihnen gegebenenfalls vorgehen. Zu solchen Konkurrenzen kann es z. B. kommen, wenn eine berücksichtigungsfähige Ehegattin, ein berücksichtigungsfähiger Ehegatte, eine berücksichtigungsfähige eingetragene Lebenspartnerin oder ein berücksichtigungsfähiger eingetragener Lebenspartner auf Grund eines Dienstverhältnisses einen eigenen Beihilfeanspruch hat, oder wenn eine Versorgungsempfängerin oder ein Versorgungsempfänger einen weiteren Beihilfeanspruch auf Grund eines neuen Dienstverhältnisses erwirbt.

Absatz 1:

Die Vorschrift regelt die Rangfolge mehrerer Beihilfeansprüche. Unterschiedliche Beihilfeansprüche können in einer eigenen Beihilfeberechtigung, einem abgeleiteten Anspruch als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger, einem Anspruch aus einem aktiven Dienstverhältnis, einem solchen als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger und innerhalb des Rechtsverhältnisses als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger aufgrund verschiedener Versorgungsbezüge liegen.

Absatz 2:

Die Beihilfeberechtigung folgt bei mehreren Versorgungsansprüchen dem jüngsten Anspruch.

Absatz 3:

Dieser Absatz legt das Verhältnis zu einer Beihilfeberechtigung aus anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften fest.

Absatz 4:

Für ein berücksichtigungsfähiges Kind erhält die Beihilfe die oder der Beihilfeberechtigte, die oder der den Familien- oder Auslandskinderzuschlag tatsächlich bezieht.

Zukünftig üben beihilfeberechtigte Eltern ihr Dispositionsrecht darüber, bei wem ein Kind beihilferechtlich berücksichtigt wird, gleichzeitig mit der Entscheidung darüber aus, wer für das Kind den Familien- oder Auslandskinderzuschlag beziehen soll. Durch diese Regelung entfällt das Erfordernis zur Vorlage von Originalbelegen, wenn das Kind bei beiden beihilfeberechtigten Elternteilen berücksichtigungsfähig wäre. Nach § 58 Absatz 5 können Beihilfeberechtigte innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Bundesbeihilfeverordnung über die Zuordnung der Kinder entscheiden.

Zu § 6 (Beihilfefähigkeit der Aufwendungen)

Absatz 1:

Die Norm bestimmt, welche Aufwendungen grundsätzlich beihilfefähig sein können. Dabei darf es sich grundsätzlich nur um Aufwendungen handeln, die notwendig und wirtschaftlich angemessen sind. Untersuchungen und Behandlungen sind darüber hinaus grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn sie nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode durchgeführt werden. In Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit ausdrücklich zugelassen werden. Damit sind Ausnahmefälle gemeint, in denen die Anwendung der Vorschriften dieser Verordnung zu einer unter Berücksichtigung des Fürsorgeprinzips nicht zu rechtfertigenden Härte führen würde. Es ist ein strenger Maßstab anzulegen. Die Regelung kehrt den bislang geltenden Grundsatz um, wonach Aufwendungen solange beihilfefähig waren, bis diese ausdrücklich ausgeschlossen wurden. Diese Regelung hat sich nicht bewährt. Sie hat eine Entwicklung dahingehend unterstützt, dass von der Beihilfe Therapien anerkannt wurden, die einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht oder nur eingeschränkt standhielten. Die neue Regelung lehnt sich an die Vorgehensweise in der gesetzlichen Krankenversicherung an. Die ganz oder teilweise ausgeschlossenen Behandlungsmethoden sind nicht abschließend in Anlage 1 aufgelistet. Nach Satz 2 in Verbindung mit § 13 sind Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern unverändert beihilfefähig.

Absatz 2:

Die Notwendigkeit ist das erste der beiden grundsätzlichen Tatbestandsmerkmale für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 1. Die Notwendigkeit ist zu bejahen für Leistungen, die nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden und in der Regel für die in der Anlage 1 festgelegten Leistungen zu verneinen.

Absatz 3:

Die Angemessenheit der Aufwendungen beurteilt sich nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sowie dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker. Soweit eine Honorarvereinbarung getroffen wird, die Leistungen betrifft, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind diese nicht beihilfefähig.

Absatz 4:

Die Regelung betrifft Fälle, in denen die Aufwendungen im Ausland entstanden sind und die oder der Beihilfeberechtigte sowie ihre oder seine Angehörigen ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben. Um eine finanzielle Gleichstellung der im Ausland tätigen Beamtinnen und Beamten mit

solchen zu erreichen, die im Inland ihren Dienst verrichten, tritt zu den Kosten der beihilfefähigen Aufwendungen der Kaufkraftausgleich hinzu.

Absatz 5:

Für Beihilfeberechtigte, die im Basistarif versichert sind, gelten die Aufwendungen als angemessen, die für diesen Versichertenkreis vertraglich vereinbart oder nach § 75 Absatz 3a Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Behandlung von privat Krankenversicherten im Basistarif anwendbar sind.

Zu § 7 (Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch)

Die Vorschrift regelt die Einzelheiten zu den Bezugnahmen der Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Nach der Ermächtigungsgrundlage in § 76 Absatz 11 des Landesbeamtengesetzes sind die näheren Einzelheiten „in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch“ zu regeln. Dies geschieht in der vorliegenden Verordnung zum Teil durch Anlehnung von Regelungen an das für die gesetzliche Krankenversicherung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch enthaltene Regelungskonzept, teilweise aber auch durch direkte Verweisung auf konkrete Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Damit findet das von der Landesregierung verfolgte rechtspolitische Konzept einer wirkungsgleichen Umsetzung von Änderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung im Beihilferecht eine Bestätigung und Fortsetzung. Das Bundesverfassungsgericht hat in einer Entscheidung zur Krankenhausversorgung festgestellt, dass die beamtenrechtliche Fürsorgepflicht nicht gebietet, einer Beamtin oder einem Beamten mehr zu gewährleisten als das, was den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als medizinisch gebotene Behandlung garantiert wird (Beschluss vom 7. November 2002, 2 BvR 1053/98). Satz 1 stellt sicher, dass die Vorschriften der Verordnung, die sich nach ihrem Wortlaut, oder ihrem Regelungskonzept an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen, dem Regelungskonzept des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend angewandt werden. Es handelt sich bei der Wiedergabe dieses Regelungskonzepts in Satz 1 um eine nähere Konkretisierung der in § 6 enthaltenen Tatbestandsmerkmale der Notwendigkeit und Angemessenheit der jeweiligen Aufwendungen.

Einige Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die in diesem Zusammenhang verwiesen wird, verweisen indes ihrerseits auf Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen. Satz 2 stellt insoweit klar, dass dadurch keine sog. Kettenverweisungen erfolgen sollen, die als dynamische Verweisungen auf Rechtsnormen eines anderen Normgebers auch unzulässig wären, zumal das Beihilferecht wesentlich durch den als hergebrachtem Grundsatz des

Berufsbeamtentums im Sinne des Artikels 33 Absatz 5 des Grundgesetzes geltenden Fürsorgegrundsatz determiniert wird. Es wäre folglich mit dem aus dem Gesetzesvorbehalt folgenden Wesentlichkeitsgrundsatz nicht vereinbar, wenn der Dienstherr seine Befugnis zur Bestimmung von Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen durch eine solche dynamische Verweisung zumindest für Teilbereiche vollständig aus der Hand geben würde.

Im Hinblick auf die rasante Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und die starke fachliche Spezialisierung der einzelnen Bereiche, ist zur Konkretisierung des in Satz 1 wiedergegebenen Regelungskonzepts und zur Gewährleistung einer einheitlichen Verwaltungspraxis der Festsetzungsstellen aber gleichwohl die nähere Bestimmung und Eingrenzung von Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen in den betreffenden Regelungsbereichen notwendig. Auch im Beihilferecht bedarf die Bestimmung des Umfangs der Beihilfe zu Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine ausreichende, zweckmäßige und der Höhe nach angemessene Versorgung in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen einer fachkundigen Präzisierung, die den jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigt. Eine solche Präzisierung des Leistungsumfangs erfolgt in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Festlegungen des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Orientierung der Rechtsanwendung durch die Festsetzungsstellen an den in den Entscheidungen des gemeinsamen Bundesausschusses niedergelegten Grundsätzen im Sinne einer Auslegungsregel ermöglicht eine solche Präzisierung auch für das Beihilferecht, ohne dass dem Dienstherrn und der Festsetzungsstelle die letztendliche Befugnis zur Entscheidung über die Beihilfefähigkeit bestimmter Aufwendungen durch eine dynamische Verweisung aus der Hand genommen würde. Satz 2 stellt weiter klar, dass bei der Anwendung der Fürsorgegrundsatz nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes zu berücksichtigen ist, was im Einzelfall auch eine Abweichung von den Festlegungen des gemeinsamen Bundesausschusses rechtfertigen kann. Gleiches gilt für die Entscheidungen und Vereinbarungen der übrigen in Satz 2 genannten Stellen. Daneben besteht die Möglichkeit im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes jeweils zu einzelnen Verweisungstatbeständen in Verwaltungsvorschriften Anwendungshinweise zu geben.

Satz 4 stellt klar, dass die durch Verweisungen in Bezug genommenen Regelungen des Sozialgesetzbuchs entsprechend anzuwenden sind, soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen. Dies betrifft insbesondere die Unterschiede zwischen dem nach dem Sozialgesetzbuch geltenden Sachleistungsprinzip und dem im Beihilferecht geltenden Kostenerstattungsprinzip.

Zu § 8 (Ausschluss der Beihilfefähigkeit)

Absatz 1:

In den genannten Fällen sind die Aufwendungen generell nicht beihilfefähig. Ein Ausschluss nach § 8 geht § 6 Absatz 1 Satz 2 vor. Nach § 8 ausgeschlossene Aufwendungen können daher nicht ausnahmsweise nach § 6 Absatz 1 Satz 2 beihilfefähig sein. Die Aufzählung ist abschließend. Es handelt sich hierbei um Fälle, in denen sich aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn keine Veranlassung ergibt, zusätzlich Beihilfe zu gewähren, z. B. weil bereits ein anderweitiger ausreichender Krankenversicherungsschutz besteht, die oder der Beihilfeberechtigte anderweitig Ersatz der Kosten erlangen kann, es sich nicht um Kosten im Zusammenhang mit einer Krankheit handelt oder den Beihilfeberechtigten zugemutet werden kann, die Kosten alleine zu tragen. Dies gilt insbesondere für Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es nicht, für die Folgen solcher, freiwillig eingegangener Risiken Beihilfe zu gewähren. Deshalb und aus Praktikabilitätsgründen sieht die Nummer 5 einen Beihilfeausschluss vor und geht damit weiter als die entsprechende Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 52 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), die lediglich eine Kostenbeteiligung der oder des Versicherten in angemessener Höhe und die vollständige oder teilweise Versagung oder Rückforderung des Krankengeldes vorsieht.

Absatz 2:

Soweit ein nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergegangener Ersatzanspruch gegen Dritte besteht, ist die oder der Beihilfeberechtigte mit den Aufwendungen wirtschaftlich nicht belastet. Deshalb besteht insoweit keine Fürsorgepflicht des Dienstherrn. Das gilt auch dann, wenn die oder der Beihilfeberechtigte es unterlässt, den Ersatzanspruch geltend zu machen.

Absatz 3:

Mit dem Ausschluss der Beihilfefähigkeit wird erreicht, dass der gesetzliche Zweck der genannten Zuzahlungen, Kostenanteile, Selbstbehalte und Ausschlüsse nicht beihilferechtlich unterlaufen wird.

Absatz 4:

Die Vorschrift schließt die aufgeführten Aufwendungen wie nach bisherigem Recht von der Beihilfefähigkeit aus. Sie gilt für den Personenkreis, der gesetzliche Ansprüche auf Versorgung mit Krankenbehandlung hat, insbesondere nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, aber auch nach dem Bundesversorgungsgesetz. Die Regelung verhindert, dass vom Gesetzgeber festgelegte Zuzahlungen oder Eigenbehalte oder von den Versicherten selbst, z. B. mit dem Ziel der Beitragssparnis, gewählte Selbstbehalte über die Beihilfe ausgeglichen werden.

Absatz 5:

Durch diese Regelung wird sicher gestellt, dass in den Fällen, in denen der Sozialhilfeträger Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erbracht hat, die Ausnahmegvorschrift des § 8 nicht gilt. Dies ist Konsequenz der besonderen Rolle der Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, die innerhalb des sozialen Netzes stets nachrangig sind.

Zu § 9 (Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen)

Absatz 1:

Die Vorschrift trägt dem Subsidiaritätscharakter der Beihilfe Rechnung. Sie bezieht sich sowohl auf Beihilfeberechtigte als auch berücksichtigungsfähige Angehörige. Die genannten Leistungen gelten gegenüber den Beihilfeansprüchen als vorrangig. Leistungen aufgrund gesetzlicher und arbeitsvertraglicher Grundlage sind danach bei der Festsetzung der Beihilfe abzuziehen. Dass dies nicht auch für Leistungen aus dem gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaft gilt, trägt der dort Satz 1 entsprechenden Regelung Rechnung und verhindert eine Rechtsunsicherheit zum Verhältnis beider Ansprüche untereinander. Satz 3 stellt klar, dass Unterhaltsleistungen die beihilfefähigen Aufwendungen nicht mindern. Leistungen einer privaten Krankenversicherung werden von dieser Vorschrift nicht erfasst. Unberührt bleibt § 48 Satz 1, wonach die Summe aus Beihilfe und anderen Leistungen die beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen darf.

Absatz 2:

Die Norm legt fest, welche Leistungen im Bereich des Zahnersatzes von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen sind. Sie berücksichtigt den aktuellen Stand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Absatz 3:

Auch wenn zustehende Erstattungs- oder Sachleistungen nicht in Anspruch genommen worden sind, müssen diese (fiktiv) bei der Beihilfeberechnung berücksichtigt werden. Die Regelung ist Ausfluss des Subsidiaritätsprinzips und von der Rechtsprechung bestätigt. Satz 4 bestätigt den Beihilfeanspruch von Personen, die Anspruch auf die genannten Leistungen des Bundesversorgungsgesetzes haben, und berücksichtigungsfähigen Kindern, die bei einer anderen pflichtversicherten Person berücksichtigt sind. Die Norm berücksichtigt die aktuelle Rechtsprechung und die Fürsorgepflicht des Dienstherrn.

Absatz 4:

Die Regelung entspricht inhaltlich unverändert der bisher in den Beihilfevorschriften enthaltenen Ausnahme.

Zu § 10 (Beihilfeanspruch)

Absatz 1

Die Vorschrift stellt klar, dass auf die aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn folgende Beihilfe ein Rechtsanspruch besteht. Da der Anspruch auf Beihilfe höchstpersönlicher Natur ist, sind die Abtretung des Anspruchs und grundsätzlich auch dessen Verpfändung und Pfändung sowie die Vererbung ausgeschlossen. Als Ausnahme ist zum Schutz der Leistungserbringer festgelegt, dass Forderungsgläubigerinnen und Forderungsgläubiger (z. B. eine Ärztin oder ein Arzt) die ihnen aus ihren Forderungen zustehenden Beträge pfänden können, solange die Beihilfe noch nicht ausgezahlt ist. Damit wird die bestehende zivilrechtliche Praxis nachvollzogen. Beihilfe für die bis zum Tod entstandenen Aufwendungen einer oder eines Beihilfeberechtigten wird ungeachtet ihres oder seines Rechtsverhältnisses zur oder zum Beihilfeberechtigten der natürlichen oder juristischen Person gewährt, die die Belege zuerst vorlegt. Damit soll erreicht werden, dass die Beihilfe ungeachtet eventueller erbrechtlicher Auseinandersetzungen zeitnah gewährt werden kann. Die Vorschrift trägt praktischen Bedürfnissen Rechnung und entlastet Hinterbliebene sowie Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer von der Durchführung eines langwierigen Verfahrens.

Absatz 2:

Um die Einhaltung von Begrenzungsregelungen sicherstellen zu können, benötigt die Festsetzungsstelle einen Nachweis, in welchem Umfang der nicht von der Beihilfe abgedeckte Teil der beihilfefähigen Aufwendungen anderweitig abgesichert ist. Dies betrifft etwa die Prüfungen, ob die Beihilfe zusammen mit den Leistungen sonstigen Kostenträgern die tatsächlichen Aufwendungen übersteigt (§ 48 Absatz 1), oder ob bestimmte Aufwendungen überhaupt beihilfefähig sind, sowie die Ermittlung der Höhe des Bemessungssatzes nach § 76 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 47.

Zu § 11 (Aufwendungen im Ausland)

Absatz 1:

Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen sind nur in der Höhe beihilfefähig, in der sie auch bei einer Behandlung am Wohnort entstanden wären. Ausgenommen von dieser Regelung sind allerdings die Beamtinnen und Beamte nach § 3, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben. Für diesen Personenkreis sind in dieser Verordnung abweichende Regelungen getroffen. Aufwendungen, die in Staaten der Europäischen Union entstehen, sind nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes ebenso zu behandeln wie im Inland entstandene Kosten.

Absatz 2:

Die Vorschrift legt fest, in welchen Ausnahmefällen Aufwendungen, die außerhalb der Staaten der Europäischen Union entstanden sind, abweichend vom Grundsatz des Absatzes 1 beihilfefähig sind. Die Ausnahmeregelung dient der besonderen Fürsorge für die Beamtinnen und Beamte und ihre Familien (Nummern 1 und 3) sowie der Verwaltungsvereinfachung (Nummer 2). Für die vorherige Genehmigung (Nummer 3) gilt das Gleiche wie bei § 34 Absatz 3 Satz 3 und 4.

Absatz 3:

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die in einem Drittland außerhalb der EU entstehen, wird begrenzt durch das Preisniveau im Gastland und im Inland.

Zu § 12 (Ärztliche Leistungen)

Aufwendungen für notwendige ambulante Untersuchungen und Behandlungen, die von Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden, sind grundsätzlich beihilfefähig. Die Beurteilung der Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich nach § 6 Absatz 3 bis 5 in Verbindung mit der Gebührenordnung für Ärzte sowie den Gebührenregelungen nach § 75 Absatz 3a oder 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn trägt die Festsetzungsstelle in voller Höhe, da sie im Interesse des Dienstherrn erstellt werden und nicht zum üblichen Leistungsumfang privater Krankenversicherungen gehören.

Zu § 13 (Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern)

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind – anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung – beihilfefähig. Dies eröffnet die Möglichkeit alternativer Behandlung und ist damit Ausdruck der Therapiefreiheit der Patientinnen und Patienten. Die inhaltsgleiche Regelung des bisherigen Beihilferechts hat sich bewährt.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen können durch Satzung freiwillige Leistungen erbringen, die nicht zum Pflichtleistungskatalog gehören. Zahlreiche Krankenkassen machen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Die Beschränkung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen auf das Niveau der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen würde die Beihilfeberechtigten des Landes im Ergebnis schlechter stellen, als die gesetzlich Krankenversicherten.

Zur Beurteilung der Angemessenheit der Aufwendungen sind unabhängig vom bestehenden Krankenversicherungsschutz die Regelungen des Gebührenverzeichnisses der Heilpraktiker zu beachten (§ 6 Absatz 3 Satz 3).

Zu § 14 (Zahnärztliche Leistungen)

Aufwendungen für notwendige ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind grundsätzlich beihilfefähig. Die Angemessenheit richtet sich nach § 6 Absatz 3 bis 5 in Verbindung mit der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie den Gebührenregelungen nach § 75 Absatz 3a oder 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie sind nur eingeschränkt beihilfefähig. Der Festsetzungsstelle können vor Aufnahme der Behandlung Heil- und Kostenpläne vorgelegt werden. Die Regelung dient dem Schutz der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen vor unkalkulierbaren Kostenrisiken, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, die Beihilfefähigkeit der beabsichtigten Aufwendungen vorab zu prüfen und die Beihilfeberechtigten entsprechend zu unterrichten. Eine solche Unterrichtung der Beihilfeberechtigten ist nach Vorlage eines Heil- und Kostenplanes im Hinblick auf die Fürsorgepflicht geboten. Daher ist beabsichtigt, in den zu dieser Verordnung ergehenden Verwaltungsvorschriften zu regeln, dass die Festsetzungsstellen die vorgelegten Heil- und Kostenpläne prüfen und der oder dem Beihilfeberechtigten mitteilen, in welcher Höhe die dort aufgeführten Aufwendungen beihilfefähig sind. Die spätere Beihilfegewährung richtet sich jedoch nach den tatsächlich getätigten Aufwendungen. Durch die Formulierung des Satzes 2 wird klargestellt, dass die Vorlage eines Heil- und Kostenplans keine Anspruchsvoraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe ist.

Zu § 15 (Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen)

Absatz 1:

Aufwendungen für Implantate sind in den in den Nummern 1 bis 6 genannten Fällen beihilfefähig, wenn sie medizinisch notwendig sind und die Kaufähigkeit anders nicht wiederhergestellt werden kann. In den Fällen der Nummer 6 ist die Gesamtzahl auf vier Implantate je Kiefer – einschließlich vorhandener Implantate zu deren Aufwendungen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden –, also insgesamt acht Implantate, beschränkt. Liegt keine der genannten Voraussetzungen vor, so sind grundsätzlich nur Aufwendungen für zwei Implantate je Kiefer – einschließlich vorhandener Implantate zu deren Aufwendungen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden –, also insgesamt vier Implantate, beihilfefähig. Durch diese Regelung wird erreicht, dass auf die zahlenmäßige Begrenzung der Beihilfe nur Implantate angerechnet werden, die ganz oder teilweise aus öffentlichen Kassen bezahlt worden sind. Die bisherige Berücksichtigung auch ausschließlich privat finanzierter Implantate machte die Beihilfefähigkeit von der zufälligen Reihenfolge abhängig, in der Implantate mit oder ohne Beihilfeleistungen ausgeführt wurden. Diese Regelung trägt dem zum inhaltsgleichen rheinland-

pfälzischen Beihilferecht ergangenen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 28. Mai 2008 (Aktenzeichen: BVerwG 2 C 12.07) Rechnung. Werden mehr Implantate eingesetzt, werden die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sowie die Material- und Laborkosten anteilig aufgeteilt erstattet. Die Aufwendungen für Suprakonstruktionen, d. h. für auf die Implantate aufgebrachten Zahnersatz (z. B. Brücken oder Kronen) sind unabhängig davon beihilfefähig, ob die Aufwendungen für die jeweiligen Implantate selbst beihilfefähig sind.

Absatz 2:

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig. Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr können Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit einem kieferchirurgischen Eingriff erbracht werden, nicht mehr als beihilfefähig anerkannt werden, weil sich durch kieferorthopädische Maßnahmen im voll ausgebildeten Gebiss nur in Ausnahmefällen noch Verbesserungen der Bissstellung erreichen lassen. Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplans ist zwingende Voraussetzung des Anspruchs auf Beihilfe.

Absatz 3:

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur in den aufgeführten Fällen beihilfefähig. Eine Beschränkung auf diese Maßnahme ist aus wirtschaftlichen Gründen gerechtfertigt, da die genannten Leistungen nur in den aufgeführten Fällen sowohl Erfolg versprechend, als auch besonders dringlich sind. Die Auflistung ist abschließend.

Absatz 4:

Die Vorlage eines schriftlich dokumentierten Befundes über den Kiefer- oder Zahnstatus ist erforderlich, um die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die entsprechenden Maßnahmen nach Absatz 3 beurteilen zu können. Das Formblatt nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte kann auch nachgereicht werden.

Zu § 16 (Auslagen, Material- und Laborkosten)

Absatz 1:

Die Regelung, dass die Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten unter den aufgeführten Voraussetzungen zu 40 Prozent beihilfefähig sind, dient der Sicherstellung eines für Beihilfeberechtigte und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Erstattungsniveaus bei Zahnersatz.

Absatz 2:

Soweit sich anhand der Rechnung keine Aufteilung nach zahnärztlichen Leistungen sowie Material- und Laborkosten vornehmen lässt, wie dies vielfach bei Rechnungen ausländischer Leistungserbringer der Fall ist, erfolgt eine pauschale Aufteilung.

Zu § 17 (Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamten auf Widerruf)

Absatz 1:

Der Beihilfeanspruch von Beamtinnen und Beamten auf Widerruf schließt Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen grundsätzlich ein.

Absatz 2:

Von der grundsätzlichen Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen die unter den Nummern 1 bis 4 genannten Leistungen. Damit wird dem besonderen Charakter des im Wesentlichen den Vorbereitungsdienst umfassenden Beamtenverhältnisses auf Widerruf Rechnung getragen, aus dem sich nur eine eingeschränkte Fürsorgepflicht des Dienstherrn ergibt. Die Einschränkung der Fürsorgepflicht besteht hingegen nicht, wenn die Aufwendungen auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen, oder die Beamtin oder der Beamte auf Widerruf bereits mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. Die Einschränkungen des Satzes 1 gelten daher in diesen Fällen nicht.

Zu § 18 (Psychotherapeutische Leistungen)

Absatz 1:

Die Vorschrift regelt in Verbindung mit Anlage 2, dass nur Aufwendungen für Behandlungen beihilfefähig sind, die von für die psychotherapeutische Leistungserbringung qualifizierten Personen erbracht werden. Die Dauer entspricht den Regelungen der Gebührenordnung für Ärzte und der gesetzlichen Krankenversicherung.

Absatz 2:

Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn diese nach wissenschaftlich anerkannten Verfahren durchgeführt werden (Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte, Abschnitt B und G). Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen werden nur dann als beihilfefähig anerkannt, wenn ein Behandlungserfolg zu erwarten ist. Die Begrenzung der Anzahl der probatorischen Sitzungen auf höchstens fünf orientiert sich am Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Grundsätzlich ist eine psy-

chotherapeutische Behandlung nur nach vorheriger Durchführung eines Begutachtungsverfahrens beihilfefähig. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass die festgelegten Voraussetzungen für die Bewilligung von Beihilfe zu Aufwendungen für Psychotherapie eingehalten werden. Es ist beabsichtigt, Einzelheiten zur Durchführung des Gutachterverfahrens nach Satz 1 Nummer 3 und eine Übersicht über die von der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung nach Satz 2 zu benennenden Gutachterinnen und Gutachter in einer Verwaltungsvorschrift zu dieser Rechtsverordnung bekannt zu geben.

Absatz 3:

Notwendige Aufwendungen für psychosomatische Grundversorgung sind von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Festsetzungsstelle ausgenommen, da es sich im Wesentlichen um kurzfristig mögliche Maßnahmen der Basisdiagnostik und -therapie und gegebenenfalls um eine Kooperation mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Spezialisten zur differentialdiagnostischen oder indikatorischen Klärung des Krankheitsbildes handelt.

Absätze 4 und 5:

Die Regelungen tragen der Tatsache Rechnung, dass diese besonderen Therapieformen nur in bestimmten Fällen sinnvoll und Erfolg versprechend sind.

Absatz 6:

Die Vorschrift entspricht § 28 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Eine somatische Abklärung ist erforderlich, da eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nicht die erforderliche Ausbildung hat, somatische Ursachen auszuschließen. Die Entscheidung über die Notwendigkeit der Psychotherapie kann erst getroffen werden, wenn ausgeschlossen werden kann, dass die Beschwerden somatische Ursachen haben.

Absatz 7:

Für den Langzeiterfolg einer stationären Therapie müssen Patientinnen und Patienten in der Lage sein, die Techniken und Fähigkeiten anwenden, die sie sich in der Therapie angeeignet haben. Während der ambulanten Nachsorge lernen die Patientinnen und Patienten unter Anleitung das Zurechtfinden im Alltag.

Absatz 8:

Die Regelung soll den im Ausland tätigen Beamtinnen und Beamten im Anschluss an eine in Deutschland durchgeführte ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung nach Rückkehr an den ausländischen Dienstort eine muttersprachliche Nachsorge zur Sicherung des Behandlungserfolges ermöglichen. Die Notwendigkeit einer Internet-gestützten Therapie ist z. B. dann gegeben, wenn am ausländischen Dienstort keine geeignete Psychotherapeutin bzw. kein

geeigneter Psychotherapeut zur Verfügung steht. Die Behandlung kann durch Einzelkontakt mittels Telefon oder in Form einer so genannten E-Mail-Brücke erfolgen. Beim Einzelkontakt mittels Telefon sind Aufwendungen für fest vereinbarte Termine mit der üblichen Dauer psychotherapeutischer Sitzungen (50 Minuten) beihilfefähig. Beim Therapieverfahren mittels E-Mail Brücke steht die Therapeutin oder der Therapeut üblicherweise eine Woche lang für Mail-Kontakte zur Verfügung unter der Zusicherung, dass jede E-Mail innerhalb von 24 Stunden beantwortet wird. Die Abrechnung für diese netzgestützte psychotherapeutische Intervention erfolgt einmal wöchentlich nach der Ziffer für Einzelpsychotherapie (GOÄ 870).

Absatz 9:

Kombinationsbehandlungen stehen der psychodynamischen Wirksamkeit der jeweiligen Therapie entgegen; hierfür getätigte Aufwendungen sind daher von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Aufwendungen für die in den Nummern 2 und 3 erfassten Maßnahmen sind nicht beihilfefähig, weil es sich dabei nicht um Psychotherapien im Sinne dieser Verordnung handelt.

Zu § 19 (Psychosomatische Grundversorgung)

Absatz 1:

Voraussetzung für die psychosomatische Grundversorgung ist, dass die Ärztin oder der Arzt die ursächliche Beteiligung psychischer Faktoren an einem – gegebenenfalls komplexen – Krankheitsgeschehen festgestellt hat oder aufgrund ihrer oder seiner ärztlichen Erfahrung diese als wahrscheinlich annehmen muss. Die begrenzte Zielrichtung der psychosomatischen Grundversorgung strebt eine an der aktuellen Krankheitssituation orientierte seelische Krankenbehandlung an. An diesen Grundsätzen orientieren sich die in Absatz 1 enthaltenen Regelungen zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychosomatische Grundversorgung.

Absätze 2 und 3:

Aus dem besonderen Charakter der psychosomatischen Grundversorgung ergibt sich die Notwendigkeit sowohl für die erfolgten Begrenzungen der Beihilfe hinsichtlich der Anzahl der Behandlungen, als auch für den Ausschluss von Beihilfe für weitere, gleichzeitig mit der psychosomatischen Grundversorgung durchgeführte Behandlungen.

Zu § 20 (Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie)

Absatz 1:

Die Regelung bezeichnet die Anwendungsbereiche, in denen eine tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie nach derzeitigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse Aussicht auf Erfolg bietet und die entsprechenden Aufwendungen daher beihilfefähig sind. Die Aufzählung ist abschließend.

Absatz 2:

Die Festlegung der Dauer der jeweiligen Behandlung folgt den aktuellen medizinischen Erfordernissen und entspricht den Festlegungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Regelungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.

Absatz 3:

Mit dieser Regelung wird die Möglichkeit geschaffen, bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen auch Aufwendungen für die Einbeziehung von Bezugspersonen aus dem näheren Umfeld als beihilfefähig anzuerkennen.

Zu § 21 (Verhaltenstherapie)

Absatz 1:

Die Regelungen bezeichnen die Anwendungsbereiche, in denen eine Verhaltenstherapie nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse Aussicht auf Erfolg bietet und die entsprechenden Aufwendungen daher beihilfefähig sind. Die Aufzählung ist abschließend.

Absatz 2:

Die Regelungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen für Kurzzeittherapien einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Durch den Verzicht auf das Gutachterverfahren in diesen Fällen (Abschluss innerhalb von zehn oder 20 Stunden) wird einerseits Aufwand eingespart, andererseits werden Zeitverzögerungen vermieden. Damit ist sichergestellt, dass das beihilferechtliche Anerkennungsverfahren einer möglichst zeitnahen Aufnahme der Behandlung nicht entgegensteht.

Absatz 3:

Die Festlegung der Dauer der jeweiligen Behandlung folgt medizinischen Erfordernissen und entspricht den Festlegungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Regelungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Eine weitere Erhöhung ist hier im Gegensatz zu § 20 ausgeschlossen.

Zu § 22 (Arznei- und Verbandmittel)

Die Vorschrift legt fest, dass aus Anlass einer Krankheit grundsätzlich nicht nur Aufwendungen für schriftlich verordnete, sondern auch Aufwendungen für bei der ambulanten Behandlung verbrauch-

te Arznei- und Verbandmittel beihilfefähig sind. Weiterhin stellt Satz 2 sicher, dass Beihilfen auch für Aufwendungen für Medizinprodukte gewährt werden, die nach § 3 Nummer 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind und apothekenpflichtig sind und die bei Anwendung der am 31. Dezember 1994 geltenden Fassung des § 2 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG) Arzneimittel gewesen wären. In diesen Fällen sind diese Medizinprodukte grundsätzlich Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 31 Absatz 1 Satz 2 SGB V) und damit auch beihilfefähig. Die Regelung in Satz 3 legt weiterhin fest, dass für Aufwendungen, die die für Arznei- und Verbandmittel festgesetzten Festbeträge überschreiten, Beihilfen nicht gewährt werden. Satz 4 stellt in Anlehnung an § 34 Absatz 1 Satz 6 bis 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch klar, welche Mittel nicht beihilfefähig sind (z.B. Arzneimittel gegen Reisekrankheit, Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel). Aufwendungen für Abführmittel sind dann beihilfefähig, wenn sie medizinisch dringend erforderlich sind (z. B. postoperative Zustände, schwere Erkrankung des Darmes, Querschnittlähmung). Aufwendungen für empfängnisregelnde Mittel sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet. Die Regelung stellt weiterhin klar, dass Vitaminpräparate, die keine Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes darstellen, nicht beihilfefähig sind.

Zu § 23 (Heilmittel)

Heilmittel sind Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und die zu diesem Zweck von besonders ausgebildeten Personen erbracht werden.

Zu den Heilmitteln gehören:

- die physikalische Therapie,
- Krankengymnastik und Bewegungsübungen,
- Logopädie,
- Ergotherapie und
- die podologische Therapie.

Absatz 1:

Diese Vorschrift regelt, dass ärztlich verordnete Heilmittel beihilfefähig sind, wenn sie von den für die Erbringung dieser Leistungen qualifizierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die in Anlage 3 abschließend aufgeführt sind, erbracht werden. Die Anlage 4 enthält eine abschließende Aufzählung von Heilmitteln, die der Beihilfefähigkeit unterfallen, und konkretisiert damit das in § 6 Absatz 2 der Verordnung enthaltene Gebot der Notwendigkeit der getätigten Aufwendungen für den Bereich der Heilmittel. Die Anlage 4 enthält – in Ermangelung entsprechender

Regelungen in amtlichen Gebührenordnungen – zudem Festlegungen, bis zu welchem Betrag Aufwendungen als angemessen im Sinne des § 6 Absatz 1 Satz 1 anzusehen sind.

Absatz 2:

Als Maßstab für die Beurteilung der Beihilfefähigkeit von im Ausland angewandten Heilmitteln kann nicht das deutsche Preisniveau für diese Leistungen zugrunde gelegt werden. Vielmehr sind die ortsüblichen Gebühren zugrunde zu legen.

Zu § 24 (Komplextherapien)

Absatz 1:

Das Gesundheitswesen befindet sich ständig in Bewegung. Um auch neueren Behandlungsansätzen folgen zu können, sieht die Vorschrift vor, dass auch Aufwendungen für Komplextherapien unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig sind. Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliche und gegebenenfalls nichtärztliche Behandlerinnen und Behandler durchgeführt werden. Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sicher gestellt sein. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Komplextherapien ist auch dann gegeben, wenn erbrachte Leistungen nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte abrechnungsfähig sind. Die Aufwendungen für pauschal abgerechnete Komplexleistungen sind in angemessener Höhe beihilfefähig. In den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung wird die angemessene Höhe auf den Betrag festgelegt werden, der als pauschale Abgeltung der Leistung mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart ist.

Absatz 2:

Nach § 76 Absatz 2 des Landesbeamtengesetzes sind grundsätzlich nur notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen in Krankheits- und Pflegefällen, zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten oder Behinderungen, in Geburtsfällen, zur Empfängnisverhütung, bei künstlicher Befruchtung sowie in Ausnahmefällen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch und zur Früherkennung von Krankheiten und zu Schutzimpfungen beihilfefähig. Die Norm stellt klar, dass die Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen im Rahmen einer Komplextherapie nicht beihilfefähig sind, da es sich dabei nicht um Leistungen im Rahmen des Regelungszwecks dieser Verordnung handelt.

Zu § 25 (Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke)

Absatz 1:

Diese Norm bestimmt grundsätzlich, in welchem Umfang, in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und

Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke beihilfefähig sind. Diese grundsätzliche Regelung wird durch Anlage 5 konkretisiert. Dort sind die Gruppen beihilfefähiger Gegenstände einschließlich eventueller Höchstbeträge festgelegt.

Die Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung unbrauchbar gewordener Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind in den ersten sechs Monaten seit der Anschaffung der Gegenstände ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig. Die Beschränkung der Beihilfefähigkeit einer Ersatzbeschaffung ohne erneute ärztliche Verordnung auf die ersten sechs Monate seit der erstmaligen Anschaffung erfolgt unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, da nur während dieses Zeitraums angenommen werden kann, dass das Hilfsmittel, Gerät oder Körperersatzstück weiter in der verschriebenen Ausführung notwendig ist.

Absatz 2:

Die Norm legt fest, unter welchen Voraussetzungen Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle ausnahmsweise nicht beihilfefähig sind. Unter diese Regelung fallen die in Anlage 6 nicht abschließend aufgezählten Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle.

Absatz 3:

Die Norm stärkt die Dispositionsfreiheit der Beihilfeberechtigten. Sie schafft die Voraussetzungen dafür, dass Beihilfeberechtigte etwa bei nur vorübergehendem Bedarf an entsprechenden Geräten statt zu den Aufwendungen für den Kauf eines Hilfsmittels oder eines Gerätes zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle auch zu den Aufwendungen für dessen Miete eine Beihilfe erhalten und ermöglicht so ein kostenbewusstes Verhalten. Voraussetzung ist daher, dass die Kosten der Miete die Anschaffungskosten nicht übersteigen.

Absatz 4:

Die Beihilfefestsetzungsstelle entscheidet nach § 51 Absatz 1 Satz 1 ausschließlich über Ansprüche, die sich aus dieser Verordnung ergeben. Diese Verordnung konkretisiert grundsätzlich die Fürsorgepflicht des Dienstherrn in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Die Entscheidungsbefugnis der Beihilfefestsetzungsstellen bei der Ausführung dieser Verordnung entbindet die für Inneres zuständige Senatsverwaltung jedoch nicht von der Wahrnehmung der dienstlichen Fürsorge in den Fällen, in denen sich ein Anspruch nicht aus der Verordnung, sondern unmittelbar aus übergeordneten Gründen der dienstlichen Fürsorge ergibt.

Die Regelung stellt eine Konkretisierung des in Absatz 1 Satz 1 formulierten Grundsatzes des Erfordernisses im Einzelfall für die Fälle dar, in denen sich das Erfordernis einer Beihilfegewährung nicht aus dieser Vorschrift, sondern unmittelbar aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn ergibt. Die Fürsorgepflicht obliegt in den Fällen, die nicht im Rahmen dieser Verordnung ausdrücklich geregelt sind, der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung. Soweit sich ein Anspruch nicht aus dieser Verordnung, sondern unmittelbar aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn ergibt, ist das Einvernehmen der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung zur Wahrung der einheitlichen Rechtsanwendung grundsätzlich erforderlich. Das Einvernehmen der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung kann entweder nach Satz 2 allgemein für bestimmte, genau abgrenzbare Fallgestaltungen oder im Einzelfall erteilt werden. Durch die Möglichkeit, das Einvernehmen der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung allgemein zu erteilen, kann ausnahmsweise flexibel auf kurzfristig auftretenden Bedarf reagiert werden.

In den Verwaltungsvorschriften zu dieser Vorschrift werden den Beihilfefestsetzungsstellen Hinweise gegeben, unter welchen Voraussetzungen die Entscheidung der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung über das Vorliegen übergeordneter Gründe der dienstlichen Fürsorge einzuholen ist.

Absatz 5:

Die Vorschrift bestimmt, in welchem Umfang die Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle beihilfefähig sind. Diese Ausgestaltung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen trägt der Tatsache Rechnung, dass die Beihilfe als Konkretisierung der Fürsorgepflicht des Dienstherrn nicht den vollständigen Ersatz aller Aufwendungen erfordert. Unzulässig ist nach gefestigter Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit lediglich, dass die verbleibenden, nicht beihilfefähigen Aufwendungen den Wesenskern der Fürsorge verletzen, weil die verbleibende Alimentation den amtsangemessenen Unterhalt nicht mehr sichert. Das muss bei der in Rede stehenden Regelung jedoch nicht befürchtet werden.

Zu § 26 (Krankenhausleistungen)

Absatz 1:

Die Vorschrift legt fest, welche Aufwendungen bei stationären Behandlungen in Krankenhäusern beihilfefähig sind.

Die Regelung in Nummer 3 hat klarstellende Funktion, weil sie die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Begleitperson ausschließlich dann zulässt, wenn die Anwesenheit der Begleitperson für den Behandlungserfolg der Patientin oder des Patienten aus medizinischen Gründen not-

wendig ist und daher auf die notwendigen Krankenhauskosten nach Nummer 2 in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes beschränkt.

Absatz 2:

Die Vorschrift legt für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis ergänzend zu Absatz 1 fest, welche Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationären Behandlungen in Krankenhäusern beihilfefähig sind. Für die Unterbringung in Zweibettzimmern ist dabei ein Eigenbehalt von 14,50 Euro je Tag festgelegt, soweit Unterkunftskosten gesondert berechnet werden. Dies ist immer dann der Fall, wenn die Unterbringung in Einzel- oder Zweibettzimmern nicht die Standardleistung des Krankenhauses ist. Der Abzugsbetrag für die Unterbringung im Zweibettzimmer trägt den häuslichen Ersparnissen während einer stationären Krankenhausbehandlung Rechnung. Hinzu tritt der Eigenbehalt nach § 49 Absatz 1. Nicht beihilfefähig sind die berechneten Kosten für die Unterbringung in einem Einzelzimmer.

Nach § 17 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 17 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes dürfen der Patientin oder dem Patienten Wahlleistungen nur in Rechnung gestellt werden, wenn sie schriftlich vereinbart worden sind. Um Aufwendungen für gesondert berechenbare Wahlleistungen, die im Rahmen dieser Vorschrift beihilfefähig sind, handelt es sich daher nur, wenn diese auf Wunsch der Patientin oder des Patienten erbracht werden und schriftlich vereinbart worden sind.

Zu den von Buchstabe c erfassten Wahlleistungen zählt insbesondere das Einholen von ärztlichen Zweitmeinungen.

Absatz 3:

Mit der Regelung sollen die Aufwendungen für stationäre Krankenhausbehandlungen auf das notwendige Maß begrenzt werden. Die Höchstgrenze für die Notwendigkeit der Aufwendungen wird durch die Aufwendungen bestimmt, die für vergleichbare Leistungen in Krankenhäusern der Maximalversorgung entstehen. In der Praxis werden in Privatkliniken überwiegend Vergütungen nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet; im Ausland wird stets nach anderen Grundsätzen abgerechnet. In manchen Privatkliniken wurden in der Vergangenheit Pflegesätze verlangt, die erheblich über den Pflegesätzen der Einrichtungen lagen, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz anwenden. Diese erhöhten Aufwendungen sind nur bis zur Höhe der Aufwendungen für die Krankenhäuser, die die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung oder des Krankenhausentgeltgesetzes anwenden, beihilfefähig. Gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen, die üblicherweise Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen sind, sind nicht beihilfefähig. Die in Satz 3 geregelte Möglichkeit, eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten vor Durchführung der Krankenhaus-

behandlung durch die Festsetzungsstelle überprüfen zu lassen, soll den Beihilfeberechtigten die nötige Sicherheit hinsichtlich der zu erwartenden Kostenbeteiligungen und eventuellen Eigenanteile gewährleisten.

Absatz 4:

Die Vorschrift trägt den besonderen Verhältnissen im Ausland Rechnung.

Zu § 27 (Häusliche Krankenpflege)

Absatz 1:

Die Vorschrift regelt die Voraussetzungen, unter denen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege beihilfefähig sind. Die Aufwendungen sind auch dann beihilfefähig, wenn sie außerhalb des häuslichen Bereichs z. B. in stationären Einrichtungen erbracht werden, z. B. bei Wachkomapatientinnen oder -patienten in Pflegeeinrichtungen. Die Beihilfefähigkeit ist in Übereinstimmung mit § 6 Absatz 1 Satz 1 auf angemessene Aufwendungen beschränkt. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Verwaltungspraxis bei der Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der Angemessenheit ist beabsichtigt, in Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung nähere Festlegungen zu treffen. Im Hinblick auf die vergleichbare Interessenlage ist in diesem Zusammenhang grundsätzlich eine Orientierung an den Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung dahingehend zulässig, dass Aufwendungen bereits immer dann ohne weitere Prüfung als angemessen anerkannt werden können, wenn vergleichbare Kosten mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden dürfen. Bestätigt dies die Rechnungstellerin oder der Rechnungsteller freiwillig (eine entsprechende Verpflichtung besteht nicht), bedarf es grundsätzlich keiner weiteren Prüfung der Angemessenheit durch die Festsetzungsstelle. Es ist beabsichtigt, in Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung eine entsprechende Festlegung zu treffen.

Absatz 2:

Die Regelung lehnt sich hinsichtlich des Umfangs der beihilfefähigen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege an § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an. Zu den verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehört das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2.

Absatz 3:

Wird die häusliche Krankenpflege von nahen Angehörigen durchgeführt, sind nur die Kosten beihilfefähig, die typischerweise tatsächlich anfallen (Fahrkosten, Verdienstausschlag). Dieser Beschränkung liegt die Annahme zu Grunde, dass die Ehegattin, der Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin, der eingetragene Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder, die den engsten Kreis der Angehörigen bilden, in der Regel keine Vergütung erhalten, sondern die häusliche Krankenpflege

auf Grund sittlicher Verpflichtungen im Hinblick auf die bestehenden familiären Bindungen übernimmt. Erleidet die oder der nahe Angehörige indes infolge der Aufgabe oder der Aussetzung einer Erwerbstätigkeit zur Durchführung der häuslichen Krankenpflege einen Arbeitseinkommensausfall, so ist davon auszugehen, dass ihr oder ihm dieser Ausfall ersetzt wird; die entsprechenden Aufwendungen sind daher beihilfefähig.

Zu § 28 (Familien- und Haushaltshilfe)

Absatz 1:

Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind unter den gleichen Voraussetzungen beihilfefähig, unter denen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 38 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit einer entsprechenden Leistung versorgt werden. Die Beihilfefähigkeit ist in Übereinstimmung mit § 6 Absatz 1 Satz 1 auf angemessene Aufwendungen beschränkt. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Verwaltungspraxis bei der Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der Angemessenheit ist beabsichtigt, in Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung nähere Festlegungen zu treffen. Im Hinblick auf die vergleichbare Interessenlage ist in diesem Zusammenhang grundsätzlich eine Orientierung an den Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung dahingehend zulässig, dass Aufwendungen bereits immer dann ohne weitere Prüfung als angemessen anerkannt werden können, wenn vergleichbare Kosten mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden dürfen. Bestätigt dies die Rechnungsstellerin oder der Rechnungssteller freiwillig (eine entsprechende Verpflichtung besteht nicht), bedarf es grundsätzlich keiner weiteren Prüfung der Angemessenheit durch die Festsetzungsstelle. Es ist beabsichtigt, in Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung eine entsprechende Festlegung zu treffen.

Absatz 2:

Die Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen sind auch bis zu 28 Tage nach einer außerhäuslichen Unterbringung beihilfefähig. Anders als in § 38 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird der zeitliche Umfang im Beihilferecht begrenzt, um der missbräuchlichen Inanspruchnahme der Beihilfe entgegen zu wirken. Die bislang geltende Frist von sieben Tagen wird nunmehr aber auf 28 Tage verlängert, um der allgemein sinkenden Verweildauer in Krankenhäusern Rechnung zu tragen und weil die Patientinnen und Patienten im Regelfall nach einer Krankenhausentlassung noch nicht in der Lage sind, sich selber zu versorgen. Eine Sonderregelung gilt für die Fälle, in denen die den Haushalt führende Person verstirbt. Hier beträgt die Frist sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen zwölf Monate.

Absatz 3:

Ebenfalls beihilfefähig ist die auswärtige Unterbringung von Kindern unter zwölf Jahren oder pflegebedürftiger Angehöriger sowie Beihilfeberechtigter beispielsweise in einer stationären Einrichtung. Die Aufwendungen sind allerdings nur bis zu den Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

Zu § 29 (Familien- und Haushaltshilfe im Ausland)

Absatz 1:

Mit der Regelung werden die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe für die im Ausland tätigen Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähige Angehörige unter Berücksichtigung der im Ausland vorliegenden besonderen Verhältnisse bestimmt.

Absatz 2:

Als Spezialregelung zu Absatz 1 werden die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen in Geburtsfällen festgelegt.

Absatz 3:

Es handelt sich um eine die spezifischen Bedürfnisse bei Auslandseinsätzen berücksichtigende Parallelregelung zu § 27 Absatz 3.

Zu § 30 (Soziotherapie)

Die Vorschrift ist dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nachgebildet. Nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben psychisch erkrankte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Versorgung mit Soziotherapie. Aufwendungen für Soziotherapie gehörten bis zum Inkrafttreten der Bundesbeihilfeverordnung am 14. Februar 2009 nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen. Da psychisch Kranke häufig Probleme haben, verordnete Medikamente einzunehmen, ärztliche Ratschläge zu befolgen und notwendige Nachgespräche mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt tatsächlich wahrzunehmen, ist die ambulant durchzuführende Soziotherapie für diese Patientinnen und Patienten ein wesentliches und mittelbares Element des ärztlichen Handelns und versetzt sie in die Lage, sich einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen. Die Soziotherapie hilft teure Krankenhausbehandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen. Mit der Aufnahme dieser Therapieform in die Landesbeihilfeverordnung wird auch psychisch kranken Beihilfeberechtigten und psychisch kranken berücksichtigungsfähigen Angehörigen diese Art der Betreuung ermöglicht. Die für Inneres zuständige Senatsverwaltung wird zur

Konkretisierung des Rechtsanwendungsauftrags nach § 7 Satz 2 dieser Verordnung in Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung die näheren Einzelheiten zu Inhalt und Ausgestaltung der Leistungen festlegen.

Zu § 31 (Fahrtkosten)

Die Regelungen zu den Fahrtkosten lehnen sich weitgehend an die entsprechenden Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (insbesondere § 60 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) an.

Absatz 1:

Es liegt in der Natur der Sache, dass die Entscheidung über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für z. B. im Zusammenhang mit einem Unfall unternommene Rettungsfahrten zum Krankenhaus nicht von einer vorherigen ärztlichen Entscheidung abhängig gemacht werden kann. Deshalb sollen Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann beihilfefähig sein, wenn sich im Krankenhaus ergibt, dass eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. In besonderen Fällen zählen auch die Aufwendungen für einen Rettungshubschrauber zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

Absatz 2:

Die Vorschrift legt fest, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen Fahrtkosten beihilfefähig sind. Die Zustimmung der Festsetzungsstelle sollte in den Fällen der Nummer 2 Buchstabe b grundsätzlich vor der Verlegung erfolgen. Sie kann jedoch auch nachträglich erteilt werden. Im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung wird die für Inneres zuständige Senatsverwaltung zur Konkretisierung des Absatzes 2 Nummer 3 in Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung Fallgruppen benennen, in denen die Zustimmung der Festsetzungsstelle regelmäßig gerechtfertigt ist. Sie kommt insbesondere zur Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus in Betracht.

Nach Absatz 2 Nummer 7 sind in begründeten Ausnahmefällen Besuchsfahrten der Eltern zu einem stationär untergebrachten Kind und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig. Die für Inneres zuständige Senatsverwaltung wird in Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung Hinweise zur Rechtsanwendung geben. Von der Vorschrift erfasst sind etwa Fälle, in denen der Aufenthalt der Eltern im Krankenhaus als Begleitperson nach § 26 Absatz 1 Nummer 3 nicht ohne die Vernachlässigung weiterer elterlicher Pflichten möglich ist (beispielsweise wenn die Ehefrau eines Beamten im Auslandseinsatz mit ihren zwei Kindern in Deutschland bleibt und eines der Kinder im Krankenhaus liegt, während das andere der häuslichen elterlichen Betreuung bedarf). Die Beihilfefähigkeit der Kosten solcher Besuchsfahrten trägt der Fürsorgepflicht in derartigen Fällen Rechnung.

Absatz 3:

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist grundsätzlich auf notwendige Aufwendungen in angemessenem Umfang begrenzt. Das bedeutet, dass Aufwendungen, die durch einen krankheitsbedingt erforderlichen Rücktransport anlässlich einer privaten Reise veranlasst werden, nicht beihilfefähig sind. Grundsätzlich sind Reisekosten anlässlich von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union und von Rückbeförderungen wegen Erkrankung während der Urlaubsreise auch von Urlaubsorten innerhalb der Europäischen Union nicht beihilfefähig. Da die Wahl von Behandlungsorten außerhalb der Europäischen Union und von Urlaubsorten in der Einflussphäre der oder des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen liegt und zur Abdeckung der mit einer Erkrankung im Urlaub verbundenen Risiken hinreichende Versicherungsmöglichkeiten bestehen, ist eine Fürsorgeleistung des Dienstherrn grundsätzlich nicht geboten.

Die Ausnahmeregelung nach Nummer 2 Satz 2 soll in den seltenen Fällen, in denen eine medizinische Behandlung in Staaten der Europäischen Union nicht erfolgen kann, die Möglichkeit eröffnen, Fahrtkosten zu erstatten. Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.

Absatz 4:

Eine Erstattung der Fahrtkosten ist auf Grund der Verweisung in § 77 des Landesbeamtengesetzes nur auf der Basis der Regelungen des Bundesreisekostengesetzes möglich. Der Systematik des Bundesreisekostengesetzes folgend sind bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges nur Kosten in Höhe der sog. „kleinen Wegstreckenentschädigung“ nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes (je km 20 Cent) beihilfefähig. Bei Krankentransporten richtet sich die Höchstgrenze der beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten mit Krankentransportfahrzeugen nach den landesrechtlichen Regelungen des Landes, in dem das Transportunternehmen seinen Sitz hat.

Absatz 5:

Die Vorschrift berücksichtigt hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten die im Ausland vorliegenden besonderen Verhältnisse.

Zu § 32 (Unterkunftskosten)

Absatz 1:

Mit der Regelung wird der Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bestimmt. In Übereinstimmung mit den Bestimmungen des § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit dem Bundesreisekostengesetz, auf das die Regelung ausdrücklich Bezug nimmt, liegt eine auswärtige Behandlung vor, wenn die Behandlung außerhalb des Wohnortes erfolgt. Wohnort im Sinne des Bundesreisekostengesetzes ist jede politische Gemeinde, in der die

oder der Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige einen – gegebenenfalls auch weiteren – Wohnsitz hat. In Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung werden Anwendungshinweise zur Konkretisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs der auswärtigen Behandlung gegeben werden.

Absatz 2:

Die Vorschrift regelt die Fälle, in denen es – im Gegensatz zu der in der Regel ambulant erfolgenden Verabreichung von Heilmitteln – erforderlich ist, Heilmittel während eines stationären Aufenthalts in einer Einrichtung, die der Betreuung und Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, zu verabreichen. Die in diesem Zusammenhang notwendigen Aufwendungen für Unterkunft sind auch dann beihilfefähig, wenn sie in Form von Pauschalen für die Unterbringung entstehen, die auch einen Verpflegungsanteil enthalten. Diese Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass der Aufwand für die Ermittlung des Verpflegungsanteils insbesondere vor dem Hintergrund, dass die stationäre Verabreichung von Heilmitteln die Ausnahme ist, durch die zu erwartenden Einsparungsmöglichkeiten nicht zu rechtfertigen ist.

Absatz 3:

Die Vorschrift regelt die beihilfefähigen Aufwendungen für Behandlungen außerhalb des Gastlandes für die im Ausland tätigen Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähige Angehörige unter Berücksichtigung der im Ausland vorliegenden besonderen Verhältnisse.

Zu § 33 (Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten)

Die Vorschrift setzt den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005, 1 BvR 347/98, in das Beihilferecht um. Das Bundesverfassungsgericht hat in diesem Beschluss festgestellt, dass es mit den Grundrechten aus Artikel 2 Absatz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG nicht vereinbar ist, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Da auch der Dienstherr Verantwortung für die Gesundheit der Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen übernimmt, sind die tragenden Grundsätze dieser für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ergangenen Entscheidung auf das Beihilferecht übertragbar.

Zu § 34 (Anschlussheil- und Suchtbehandlungen)

Absatz 1:

Die Norm regelt die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen. Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem Begriff Anschlussrehabilitation. Bei der Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine ambulante oder stationäre Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation. Eine Anschlussheilbehandlung muss sich an eine Krankenhausbehandlung oder eine damit im Zusammenhang stehende ärztliche Behandlung anschließen. Unterbrechungen von wenigen Tagen sind unschädlich.

Absatz 2:

Art und Inhalt notwendiger Suchtbehandlungen sind im Wesentlichen abhängig von der Art der Sucht und den individuellen Gegebenheiten der oder des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Die Regelungen zur Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen tragen dieser Vielfalt möglicher Behandlungsansätze Rechnung. Die Suchtbehandlung kann entweder als medizinische Rehabilitation oder als Entwöhnung durchgeführt werden. Die Vorschrift sieht die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen sowohl für stationäre als auch für ambulante Maßnahmen vor.

Nach Satz 2 sind Aufwendungen für ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung in angemessener Höhe beihilfefähig. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Verwaltungspraxis ist beabsichtigt, den unbestimmten Rechtsbegriff der Angemessenheit in Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung näher zu konkretisieren.

Absatz 3:

Aufwendungen für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sind nach den Absätzen 1 und 2 beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet wurden. Die ärztliche Verordnung muss Angaben zu Art, Dauer und Inhalt der Rehabilitationsmaßnahme enthalten. Diese Angaben sind erforderlich, weil Anschlussheil- und Suchtbehandlungen abweichend von anderen Rehabilitationsmaßnahmen in besonderem Maße von der individuellen Behandlungsbedürftigkeit abhängen und bei ihrer Ausgestaltung deshalb nicht, wie z. B. bei einer ambulanten Rehabilitation in einem anerkannten Heilkurort (§ 35 Absatz 1 Nummer 4), eine grundsätzlich gleiche Dauer als notwendig angesehen werden kann. Um eine unvoreingenommene Beurteilung der Notwendigkeit der Maßnahme sicher zu stellen, darf die Verordnung nicht von der die Maßnahme durchführenden Einrichtung stammen.

Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle bei Suchtbehandlungen dient dem Schutz der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der Rechtssicherheit, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, vor Entstehung der regelmäßig hohen Aufwendungen

auf etwaige Bedenken gegen deren Notwendigkeit und Angemessenheit der in Aussicht genommenen Maßnahme im Sinne des § 6 hinzuweisen. Das Bedürfnis nach einer vorherigen Beurteilung der Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen gilt bei Suchtbehandlungen in besonderem Maße, da Suchtbehandlungen in zahlreichen privaten Krankenversicherungsverträgen von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind und die oder der Beihilfeberechtigte aus diesem Grund oft ohnehin bereits mit erheblichen Kosten belastet sein kann. Sofern in begründeten Ausnahmefällen, z. B. wegen Eilbedürftigkeit einer Maßnahme, eine vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle nicht eingeholt werden kann, kann die Zustimmung auch noch nachträglich erfolgen.

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 setzt weiter voraus, dass die aufgesuchte Einrichtung für die Durchführung der jeweiligen Maßnahme geeignet ist. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Verwaltungspraxis ist beabsichtigt, den unbestimmten Rechtsbegriff der Geeignetheit in Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung näher zu konkretisieren. In diesen Verwaltungsvorschriften soll auch darauf hingewiesen werden, dass eine Einrichtungen – im Hinblick auf die gleiche Interessenlage – dann ohne weitere Prüfung als geeignet angesehen werden kann, wenn sie die Voraussetzungen für die Anerkennung der Maßnahme durch einen Träger der Sozialversicherung (z. B. einen Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder auch Unfallversicherung) erfüllt.

Absatz 4:

Durch diese Norm wird festgelegt, dass für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen die §§ 26 (Krankenhausleistungen) und 31 (Fahrtkosten) entsprechend gelten. Damit wird unter anderem klargestellt, dass für stationäre Anschlussheil- und Suchtbehandlungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson (§ 26 Absatz 1 Nummer 3) beihilfefähig ist. Für den in § 26 Absatz 2 genannten Personenkreis sind dabei auch Aufwendungen für Wahlleistungen nach § 26 Absatz 2 beihilfefähig.

Zu § 35 (Rehabilitationsmaßnahmen)

Absatz 1:

Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne dieser Verordnung sollen einen die Teilhabe am sozialen Leben oder die Erwerbsfähigkeit bedrohenden Gesundheitsschaden bzw. dessen Folgen vermeiden, mildern oder beseitigen. Rehabilitationen in diesem Sinne können daher auch bei Menschen Anwendung finden, die nicht oder nicht mehr im Erwerbsleben stehen (z. B. Kinder oder alte Menschen). Für Mütter und Väter stehen Mutter-/Vater-Kind-Kuren und Mütterkuren zur Verfügung.

Die Norm führt die beihilfefähigen Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen auf, die nicht bereits von § 34 erfasst sind. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Rechtsanwendung werden in

Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung Hinweise gegeben werden. Unter Kind ist zu verstehen, wer das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Absatz 2:

Neben den in den §§ 12, 13, 18 und 22 bis 25 aufgeführten Aufwendungen für Leistungen zur Krankenbehandlung sind bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen die Aufwendungen für die in Satz 2 aufgeführten Aufwendungen beihilfefähig. Da § 35 nur die unmittelbar für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Aufwendungen betrifft, bleiben andere beihilferechtliche Ansprüche, etwa auf eine Familien- und Haushaltshilfe nach §§ 28, 29 unberührt, soweit die für sie tatbestandlichen Voraussetzungen jeweils erfüllt sind.

Aus den Vorschriften über die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten ergibt sich, dass es den Beihilfeberechtigten oder ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen überlassen bleibt, welche Beförderungsmittel sie nutzen. Der Höchstsatz bezieht sich auf die gesamten Fahrtkosten (An- und Abreise). Bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs ist eine Wegstreckenentschädigung ausschließlich nach § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes (z. Zt. 20 Cent je km) vorgesehen. Die Bezugnahme auf reisekostenrechtliche Bestimmungen und insbesondere die Verweisung auf die in § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes geregelte so genannte „kleine Wegstreckenentschädigung“ stellt die Anwendung bewährter Prinzipien bei der Entscheidung über die Angemessenheit der Erstattung von Fahrtkosten sicher.

Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Begleitpersonen ist unerheblich, in welchem Verhältnis sie zu der oder dem Beihilfeberechtigten oder der oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen stehen, die oder der rehabilitiert wird. Die Bestätigung über eine medizinisch indizierte Verlängerung der Maßnahme nach Nummer 5 Buchstabe a muss von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt ausführlich begründet werden. Aus dieser Begründung muss sich das dringende Erfordernis der Verlängerung der Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen ergeben. Dazu reicht eine allgemeine ärztliche Bescheinigung nicht aus, die die Verlängerung der Maßnahme zum Beispiel lediglich für wünschenswert hält.

Zu § 36 (Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen)

Absatz 1:

Die Vorschrift nennt die Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit bestimmter Rehabilitationsmaßnahmen. Zur Gewährleistung der Einhaltung des Grundsatzes der Nachrangigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber ambulanten ärztlichen Behandlungen und von stationären gegen ambulante Rehabilitationsmaßnahmen ist grundsätzlich eine vorherige Anerkennung durch die Festsetzungsstelle notwendig. Im Rahmen dieses Voranerkennungsverfahrens hat

die Festsetzungsstelle durch Einholung entsprechender Gutachten medizinischen Sachverständigen heranzuziehen. In den Gutachten hat die ausdrückliche Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit zu erfolgen und es muss aus ihnen hervorgehen, dass ambulante ärztliche Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort nicht ausreichend sind. Bei einer stationären Rehabilitation muss darüber hinaus das Erfordernis einer stationären Maßnahme begründet werden. Die geforderten Voraussetzungen, einschließlich der genannten Fristen, lehnen sich im Hinblick auf die gleiche Interessenlage an die Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung an (§ 40 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Absatz 2:

Die Anerkennung einer stationären oder in einem anerkannten Heilkurort durchgeführten ambulanten Rehabilitationsmaßnahme unterliegt grundsätzlich einer Vierjahresfrist. Auch insoweit lehnt sich die Vorschrift im Hinblick auf die gleiche Interessenlage an die Regelungen zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung an. Ausnahmsweise sind Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen in einem kürzeren Zeitraum beihilfefähig, wenn durch das nach Absatz 1 Satz 2 eingeholte Gutachten eine entsprechende dringende medizinische Notwendigkeit nachgewiesen wird. Eine solche dringende Notwendigkeit ist etwa dann gegeben, wenn andernfalls die Gefahr irreversibler Schädigungen bestehen würde. Die Feststellungen des Gutachtens ersetzen indes nicht die Entscheidung der Festsetzungsstelle.

Absatz 3:

Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind und deren stationäre Rehabilitation nicht in der Europäischen Union durchgeführt werden kann, sind auch beihilfefähig, wenn die Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung außerhalb der Europäischen Union durchgeführt wird. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Einrichtung nach der Erklärung einer von der Festsetzungsstelle beauftragten Ärztin oder eines von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist. Das Vorliegen dieser ärztlichen Erklärung ist Voraussetzung der Beihilfefähigkeit der entsprechenden Aufwendungen; durch sie wird die abschließende Entscheidung der Festsetzungsstelle über die Eignung der Einrichtung jedoch nicht ersetzt.

Die in § 36 Absatz 1 Satz 1 enthaltene Regelung, dass Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 nur beihilfefähig sind, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat, gilt – mangels anders lautender Regelungen – auch für Rehabilitationsmaßnahmen für Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind, und deren berücksichtigungsfähige Angehörige. Auf die ausdrückliche Wiederholung des Erfordernisses der vorhe-

rigen Anerkennung wurde deshalb hier verzichtet. Durch das Erfordernis, dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen, wird die Beurteilung der Eignung der in Aussicht genommenen Einrichtung zur Erreichung des Rehabilitationsziels ermöglicht. Die Vorlage entsprechender Unterlagen ist notwendig, weil der Standard unterschiedlicher stationärer Rehabilitationseinrichtungen international stark voneinander abweicht.

Aufwendungen für Reisekosten vom ausländischen Dienstort zum Ort der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union und zurück sind nur dann beihilfefähig, wenn die Reise zur Rehabilitationsmaßnahme und zurück nicht mit einer amtlich bezahlten Reise verbunden werden konnte. Amtlich bezahlte Reisen in diesem Zusammenhang sind z. B. Reisen anlässlich eines Heimaturlaubs oder Dienstreisen. Die Regelung konkretisiert für diese Fallgestaltung den Grundsatz des § 6 Absatz 1 Satz 1, dass nur notwendige Aufwendungen beihilfefähig sind.

Zu Kapitel 3 (Aufwendungen in Pflegefällen)

Die Versicherungspflicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit umfasst alle in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung versicherten Personen. Die Leistungen der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung sind im Wesentlichen gleich. Die beihilferechtlichen Regelungen verfolgen eine vergleichbare Zielrichtung und lehnen sich daher überwiegend an die entsprechenden Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch an. In diesem Zusammenhang werden durch Verweisungen auf das Elfte Buch Sozialgesetzbuch auch einige typisierende und pauschalierende Regelungen, die den Umfang des typischerweise entstehenden Aufwands im Sinne eines sachgerechten Ausgleichs zwischen Finanzierbarkeit und möglichst weitgehender Sicherstellung im Einzelfall notwendiger Pflegeleistungen pauschal bestimmen, in das Beihilferecht übernommen.

Zu § 37 (Grundsatz)

Die Vorschrift dient der Abgrenzung von Krankenbehandlungs- und Pflegeleistungen. Während die Krankenbehandlung der Beseitigung oder Linderung eines Krankheitszustandes dient, dient die Pflege der Unterstützung der oder des Beihilfeberechtigten oder ihrer oder seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei der Bewältigung des täglichen Lebens. Die Regelung übernimmt den Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung der Pflegebedürftigen in drei verschiedene Pflegestufen aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in das Beihilferecht. Die Voraussetzungen, die für die Zuordnung zu einer Pflegestufe erfüllt sein müssen, sind in § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im Einzelnen geregelt.

Zu § 38 (Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege)

Absatz 1:

Die Vorschrift regelt entsprechend den Festlegungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen für häusliche und teilstationäre Pflege. Sie bezieht sich auf die berufsmäßig durchgeführte Pflege durch Pflegekräfte, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsauftrag abgeschlossen hat. Die Vorschrift lehnt sich an die – durch das Sachleistungsprinzip geprägten – Regelungen zur sozialen Pflegeversicherung an. In der Praxis dürften berufsmäßige Pflegeleistungen auch für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige überwiegend von den genannten, in das System der sozialen Pflegeversicherung eingebundenen Pflegekräften erbracht werden, so dass die Regelung in Absatz 1 Satz 1 den Regelfall erfasst. Hierdurch wird aber der Beihilfeanspruch für Aufwendungen nicht ausgeschlossen, die für berufsmäßige Pflegeleistungen durch andere Pflegekräfte entstehen (vgl. Absatz 2). Durch die Regelung in Satz 3 wird sichergestellt, dass in den dort aufgeführten schweren Fällen Beihilfe zu den erhöhten Aufwendungen gewährt werden kann.

Absatz 2:

Die Norm regelt, entsprechend den Festlegungen in § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Beihilfeansprüche, wenn die Pflege durch andere geeignete Personen, z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn erfolgt. Abweichend von der üblichen Form der Beihilfegewährung (Erstattung konkret nachgewiesener Aufwendungen) wird in diesen Fällen Beihilfe in Form einer Pauschale gewährt, weil die beihilfefähigen Aufwendungen im Regelfall nicht nachgewiesen werden können. Die Regelung ist aber auch auf Fälle anwendbar, in denen die Pflege berufsmäßig durch Personen erfolgt, die die in Absatz 1 Satz 1 genannten Kriterien nicht erfüllen. Auch hierbei ist die Abgeltung der entstandenen Aufwendungen durch Pauschalbeihilfen entsprechend der in § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sachgerecht, da diese Sätze den typischerweise entstehenden Aufwand abdecken und sich dadurch die ansonsten notwendige aufwändige Überprüfung der Geeignetheit der Pflegeperson und Angemessenheit von deren Abrechnung erübrigt. Eine solche typisierende und pauschalierende Regelung ist für den komplexen Bereich der Pflegeleistungen mit dem Fürsorgeprinzip vereinbar. Auch in der sozialen Pflegeversicherung erhalten die Pflegebedürftigen für selbst beschaffte Pflegehilfen anstelle der ansonsten zustehenden Sachleistung für häusliche Pflege eine pauschale Geldleistung (Pflegegeld). Voraussetzung hierfür ist, der Pflegebedürftige die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise durch Inanspruchnahme geeigneter Pflegeleistungen selbst sicherstellt. Er kann mit der Pauschalbeihilfe Angehörigen, Freunden, Nachbarn usw., die ihn pflegen, eine materielle Anerkennung für ihren Einsatz zukommen lassen. Zur Vermeidung von Doppelzahlungen sind Erstattungen oder Sachleistungen von anderen Stellen auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen. Um nicht versicherte Personen bei der Beihilfe nicht besser

zu stellen als Mitglieder von Pflegekasse und Pflegeversicherungen, ist für nicht versicherte Beihilfeberechtigte die Beihilfe höchstens in der Höhe zu zahlen, wie sie auch für gesetzlich Versicherte zu zahlen wäre.

Absatz 3:

Die Vorschrift regelt die Bemessung der Beihilfe, wenn sowohl Leistungen von Pflegekräften als auch anderen Personen in Anspruch genommen werden.

Absatz 4:

Die Pauschalbeihilfe verringert sich anteilig, wenn sie für einen Zeitraum von weniger als einem Monat gewährt wird. Nach dem Ende der Pflegebedürftigkeit oder dem Tod der oder des Pflegebedürftigen wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gezahlt. Für Leistungen nach Absatz 1 bedarf es dieser Festlegungen nicht, weil hier eine taggenaue Abrechnung erfolgt.

Absatz 5:

Teilstationäre Pflege ist die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung und kann als Tages- oder Nachtpflege erforderlich sein. Die Vorschrift legt fest, wie die für häusliche und stationäre Pflege geltenden Beihilfebestimmungen in diesen Fällen anzuwenden sind.

Absatz 6:

Die Vorschrift regelt entsprechend den Festlegungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch die Voraussetzungen und den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bei Verhinderung der Pflegepersonen und bei stationärer Kurzzeitpflege. Bei Verhinderung der Pflegepersonen wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen werden die Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege bis zu dem in § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrag für längstens vier Wochen im Kalenderjahr durch die Beihilfe übernommen. Ebenso sind Aufwendungen für die Inanspruchnahme ganztätiger Pflege in einem Pflegeheim für bis zu vier Wochen pro Jahr unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen für solche Übergangs- und Krisensituationen sind im Sinne einer typisierenden und pauschalierenden Regelung ebenfalls auf den in § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrag im Jahr begrenzt.

Absatz 7:

Die Vorschrift regelt entsprechend den Festlegungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Voraussetzungen und den Umfang der zusätzlichen beihilfefähigen Aufwendungen Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Neben dem Hilfebedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung muss zusätzlich noch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung bestehen. Erfasst sind hiervon vor allem Demenzkranke.

Absatz 8:

Aufwendungen für Beratungsbesuche sind entsprechend der in § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die gesetzliche Pflegeversicherung getroffenen Regelungen beihilfefähig. Nach den Regelungen der sozialen Pflegeversicherung ist in den Pflegestufen I und II einmal halbjährlich, in der Stufe III einmal vierteljährlich eine Beratung des Pflegebedürftigen durch einen zugelassenen Pflegedienst oder eine andere von der Pflegekasse beauftragte Pflegekraft abzurufen. Diese Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslichen Pflegenden. Das Beihilferecht selbst enthält indes keine Verpflichtung zum Abruf entsprechender Beratungen.

Absatz 9:

Die Vorschrift regelt entsprechend den Festlegungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Voraussetzungen und den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Aufwendungen für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die soziale oder private Pflegeversicherung ebenfalls Zuschüsse gewährt hat. Dadurch wird sichergestellt, dass Pflegebedürftige stets die individuell erforderlichen Leistungen sowohl von der Pflegeversicherung als auch der Beihilfe erhalten und beide Stellen bei der Entscheidung über die Angemessenheit von Aufwendungen zum gleichen Ergebnis kommen. So wird verhindert, dass Pflegebedürftige auf Grund unterschiedlicher Rechtsgrundlagen und darauf beruhender Entscheidungen der beteiligten Kostenträger entsprechende Aufwendungen in nennenswertem Umfang selbst bestreiten müssen. In vielen Fällen wird die oder der Pflegebedürftige hierdurch erst in die Lage versetzt, notwendige häusliche Pflege in Anspruch nehmen zu können.

Zu § 39 (Vollstationäre Pflege)

Absatz 1:

Die Regelung bestimmt entsprechend den Festlegungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Voraussetzung und den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen für eine Vollzeitpflege in Pflegeheimen und folgt dabei dem Regelungsinhalt und der Systematik des Elften Buchs Sozialgesetzbuch. In den allermeisten Fällen wird die vollstationäre Pflege in den in das System der sozialen Pflegeversicherung eingebundenen Einrichtungen, und damit zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, durchgeführt werden. Der Regelfall ist damit von Absatz 1 erfasst. Der Beihilfeanspruch ist aber nicht auf Aufwendungen für Pflegeleistungen dieser Einrichtungen beschränkt (vgl. Absatz 2).

Absatz 2:

Die Regelung erweitert den Beihilfeanspruch auf Aufwendungen für vollstationäre Pflege in Einrichtungen, die denjenigen nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar sind. Hierzu zählen insbesondere vergleichbare Einrichtungen in anderen Staaten der Europäischen Union. Im Einzelfall kann die Regelung aber auch private Einrichtungen im Inland erfassen, soweit bei diesen die Vergleichbarkeit gegeben ist. Die in Absatz 2 enthaltene Erweiterung ist notwendig, da das Beihilferecht keine Beschränkung auf Aufwendungen für Leistungen inländischer Leistungserbringer kennt.

Absatz 3:

Die soziale und private Pflegeversicherung übernimmt für ihre Versicherten neben dem pflegebedingten Aufwand sowie dem Aufwand für soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege grundsätzlich keine Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten. Bedürftigen Versicherten steht hierfür indes ein Anspruch auf Sozialhilfe oder Grundsicherung für Arbeitssuchende zu. Die in der Beihilfe konkretisierte Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet in den Fällen ein Eingreifen des Dienstherrn, in denen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit geringem Einkommen trotz ausreichender Eigenvorsorge nicht in der Lage sind, die unmittelbar mit der Pflege zusammenhängenden Investitionskosten sowie die Kosten für Ihre Unterbringung und Verpflegung zu bestreiten. Satz 2 bestimmt auf der Grundlage von Erfahrungswerten Eigenanteile, deren Bestreitung den Beihilfeberechtigten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen typischerweise zugemutet werden kann. Hinsichtlich der diese Eigenanteile übersteigenden Kosten besteht Anspruch auf Beihilfe. Entsprechend dem bislang geltenden Recht erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen nach § 47 Absatz 7 auf 100 Prozent.

Absatz 4:

Die Regelung bestimmt entsprechend den Festlegungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Voraussetzung und den Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für vollstationäre Betreuung in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, in denen nicht Pflegeleistungen im Vordergrund stehen, sondern in denen vorrangig die in der Vorschrift genannten Ziele verfolgt werden. Da es sich bei Maßnahmen, die der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, der schulischen Ausbildung oder der Erziehung behinderter Menschen nicht um Pflegeleistungen handelt, kommt nur die pauschale Abgeltung der in § 43 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen in Betracht.

Zu § 40 (Palliativversorgung)

Absatz 1:

Sterbende Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige sollen möglichst wenig Schmerzen erleiden müssen und in Würde sterben können. Mit der Vorschrift werden erstmalig Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung in die Liste beihilfefähiger Aufwendungen aufgenommen. Es handelt sich um ärztliche und pflegerische Leistungen. Die Regelung bestimmt die Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Für Inhalt und Umfang gelten die Festlegungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll Beihilfeberechtigten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen ermöglichen, bis zum Tod in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden.

Absatz 2:

Die Regelung bestimmt die Voraussetzung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen. Diese ist gegeben, wenn eine anderweitige palliativmedizinische Versorgung nicht möglich ist. Zwingende Voraussetzung ist dabei eine ärztliche Bescheinigung.

Zu § 41 (Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen)

Absatz 1:

Nach der Regelung sind Aufwendungen für Maßnahmen der ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im gleichen Umfang beihilfefähig wie entsprechende Maßnahmen zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Dazu gehören:

1. Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres,
2. Jugendgesundheitsuntersuchung,
3. Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten und
5. Schutzimpfungen.

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen dient der Verhinderung oder gegebenenfalls frühzeitigen Entdeckung von Erkrankungen der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Die Regelung korrespondiert hinsichtlich der Beihilfeberechtigten mit der Pflicht der Landesbeamtinnen und Landesbeamten zur Gesunderhaltung. Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen tragen damit wesentlich zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beihilfeberechtigten bei.

Es ist beabsichtigt, durch Verwaltungsvorschriften näher zu konkretisieren, welche konkreten ärztlichen Untersuchungen zu den vorgenannten Maßnahmen der ärztlichen Früherkennung und Vorsorge gehören.

Absatz 2:

Die Regelung bestimmt, welche zahnärztlichen Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge gehören. Die detaillierte Auflistung der beihilfefähigen Aufwendung ist bei zahnärztlichen Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen insbesondere zur Abgrenzung von den zahlreichen in der zahnärztlichen Praxis angebotenen Zusatzleistungen erforderlich.

Absatz 3:

Durch die Fortentwicklung der Medizin einschließlich der Medizintechnik werden auch im Bereich der Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen immer wieder neue Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten entwickelt, die von den in den Absätzen 1 und 2 genannten Maßnahmen nicht unmittelbar erfasst sind. Im Hinblick auf den Fürsorgegrundsatz ist die Anerkennung der Beihilfefähigkeit solcher neuen Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten der Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, soweit sie notwendig und angemessen sind, aber geboten. Durch die in Absatz 3 enthaltene Regelung wird klargestellt, dass die für Inneres zuständige Senatsverwaltung die Fürsorgepflicht zur Gewährleistung einer einheitlichen Verwaltungspraxis durch Verwaltungsvorschriften entsprechend konkretisieren kann.

Absatz 4:

In zunehmendem Umfang beteiligen sich gesetzliche Krankenkassen und Unternehmen der privaten Krankenversicherung an den Kosten von nicht individualisierbaren Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Gesundheitsförderung. Solche Maßnahmen werden zugunsten von bestimmten Personengruppen, wie etwa Schulklassen, durchgeführt, ohne dass im Einzelfall eine Abrechnung mit der jeweiligen Krankenkasse der Einzelperson stattfindet. Die Kosten werden durch die Krankenkassen und Unternehmen der privaten Krankenversicherung pauschal getragen. Infolge der fehlenden Individualisierung profitieren von solchen Maßnahmen Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige. Es ist daher sachgerecht und entspricht dem Fürsorgegrundsatz, dass sich auch die Träger der Beihilfe – soweit die angesprochenen Maßnahmen sinnvoll und angemessen sind – an den Kosten solcher Maßnahmen beteiligen. Mit der in Absatz 4 enthaltenen Regelung wird hierfür nunmehr eine haushaltsrechtliche Grundlage geschaffen. Individualansprüche von Beihilfeberechtigten können aus ihr nicht abgeleitet werden.

Absatz 5:

Die Vorschrift berücksichtigt die im Ausland vorliegenden besonderen Verhältnisse.

Zu § 42 (Schwangerschaft und Geburt)

Absatz 1:

Diese Vorschrift ist erforderlich, weil es sich bei den Aufwendungen für eine Schwangerschaft grundsätzlich nicht um Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit handelt. Die beihilfefähigen Aufwendungen betreffen sowohl die Schwangere selbst als auch das ungeborene Kind. Die Regelung bestimmt, welche Aufwendungen über die beihilfefähigen Aufwendungen für Leistungen nach Kapitel 2 hinaus bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen beihilfefähig sind. Damit wird dem besonderen Betreuungsbedarf von Mutter und Kind Rechnung getragen.

Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen anlässlich der Entbindung der Tochter einer oder eines Beihilfeberechtigten, die nach dem Wortlaut der bisherigen Beihilfevorschriften nicht beihilfefähig gewesen wären.

Absatz 2:

Die Vorschrift trägt den besonderen Belastungen der Beamtinnen und Beamten sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland Rechnung.

Zu § 43 (Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch)

Die in diesem Paragraphen aufgeführten ärztlichen Leistungen dienen nicht der unmittelbaren Krankenbehandlung, so dass es sich bei den hierfür getätigten Aufwendungen nicht um Aufwendungen in Krankheitsfällen handelt, die den Vorschriften des Kapitels 2 zuzuordnen sind. Im Hinblick auf gleich lautende Regelungen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber diese aber in die Liste der beihilfefähigen Aufwendungen aufgenommen und in der Ermächtigungsgrundlage für diese Verordnung ausdrücklich genannt (§ 76 Absatz 2 Nummer 3 des Landesbeamtengesetzes).

Absatz 1:

Die Regelung bestimmt die Voraussetzung und den Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung). Im Hinblick auf die vergleichbare Interessenlage, verweist die Vorschrift auf die entsprechenden Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Dies führt unter anderem dazu, dass im Beihilferecht grundsätzlich die gleichen tatbestandlichen Voraussetzungen und Maßgaben wie für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung gelten

Absatz 2:

Die Regelung bestimmt die Voraussetzung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Sterilisation. Durch die Beschränkung der Beihilfe auf Aufwendungen für Sterilisationen, die wegen einer Krankheit notwendig sind, werden Maßnahmen, die der privaten Lebensplanung zuzurechnen sind und keinen Krankheitsbezug haben, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Dies betrifft etwa Fällen, in denen die Sterilisation ohne medizinische Indikation lediglich in der Absicht durchgeführt wird, wegen eines fehlenden Kinderwunschs künftige Schwangerschaften zu verhindern. Die Vorschrift übernimmt die für die gesetzliche Krankenversicherung geltende Regelung (§ 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) im Hinblick auf die vergleichbare Interessenlage.

Absatz 3:

Die Regelung bestimmt den Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Empfängnisregelung stehen. Dazu gehören die ärztliche Beratung der Patientinnen und Patienten über alle Fragen der Empfängnisregelung (dies betrifft sowohl die Verhütung, als auch die Herbeiführung einer Schwangerschaft), die für diese Beratung erforderlichen Untersuchungen sowie die Verordnung empfängnisregelnder Mittel, nicht aber die Mittel selbst. Die für die Beschaffung ärztlich verordneter empfängnisverhütender Mittel getätigten Aufwendungen sind nach der in Satz 2 enthaltenen Sonderregelung nur für junge Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig, weil dieser Personenkreis üblicherweise am wenigsten in der Lage ist, die entsprechenden Kosten aufzubringen. Nicht ärztlich verordnete Verhütungsmittel (z. B. Kondome) sind hiervon nicht erfasst. Die Vorschrift übernimmt im Hinblick auf gleiche Interessenlagen die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Regelungen (§ 24a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Der zweite Halbsatz des Satzes 2 dient der Klarstellung dahingehend, dass die Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung dann altersunabhängig beihilfefähig sind, wenn sie zur Behandlung einer Krankheit erforderlich sind und eingesetzt werden.

Absatz 4:

Die Regelung bestimmt die Voraussetzung und den Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch. Die Beurteilung der Rechtmäßigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs richtet sich nach § 218a Absatz 2 und 3 des Strafgesetzbuches. Sind die Voraussetzungen für eine der dort geregelten Indikationen für einen rechtmäßigen Abbruch erfüllt, sind die in Absatz 4 genannten Aufwendungen beihilfefähig. Ob ein Ausnahmetatbestand für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch erfüllt ist, ist durch eine Ärztin oder einen Arzt festzustellen. Die Festsetzungsstelle geht ohne eigene Ermittlung von der ärztlichen Feststellung zum Vorliegen einer Indikation aus. Die Vorschrift übernimmt im Hinblick auf die glei-

che Interessenlage die Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Zu § 44 (Tod der oder des Beihilfeberechtigten)

Aufwendungen anlässlich des Todes von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Die Vorschrift enthält eine Sonderregelung für Fälle, in denen der Tod des Beihilfeberechtigten im Zusammenhang mit dem Dienst eingetreten ist. In diesen Fällen gebietet die Fürsorgepflicht die Beihilfefähigkeit der Kosten der Überführung der Leiche oder Urne. Der erhöhte Bemessungssatz nach Satz 3 dient dazu, die Angehörigen der oder des Verstorbenen von Aufwendungen freizustellen, die im Zusammenhang mit dem Dienst verursacht worden sind.

Zu § 45 (Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende)

Die Regelung bezieht einzelne Aufwendungen in die Beihilfe ein, die dem Kapitel 2 nicht unmittelbar zuzuordnen sind, den Aufwendungen in Krankheitsfällen im Sinne der Ermächtigungsgrundlage (§ 76 Absatz 2 Nr. 1 des Landesbeamtengesetzes) aber zugerechnet werden müssen. Aufwendungen für Erste Hilfe können insbesondere bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen entstehen und umfassen die Kosten für den Einsatz von Rettungsmannschaften, Sanitäterinnen, Sanitätern und anderen sowie die dabei verbrauchten Stoffe, insbesondere Medikamente, Heil- und Verbandsmittel. Die Notwendigkeit, Verletzten oder Erkrankten Erste Hilfe zu leisten, ergibt sich aus den Umständen des Einzelfalls.

Eine behördlich angeordnete Entseuchung kann bei Vorliegen ansteckender Krankheiten in Betracht kommen. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einschließlich der für verbrauchte Stoffe getätigten ist aber, dass die oder der Erkrankte, wegen deren oder dessen Krankheit die Entseuchung durchgeführt wird, selbst beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig ist.

Die beihilfefähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit einer Organspende in § 45 umfassen ausschließlich die mittelbaren Folgekosten einer Organtransplantation und werden immer der Organempfängerin oder dem Organempfänger zugeordnet, auch wenn sie tatsächlich bei der Organspenderin oder dem Organspender entstanden sind. Diese Regelung ist erforderlich, um auch die Aufwendungen als beihilfefähig anzuerkennen, die gegebenenfalls für eine Organspenderin oder einen Organspender entstehen, die bzw. der ohne diese Regelung keinen Anspruch auf Erstattung seiner Aufwendungen hätte. Die Regelung ist damit erforderlich zur Erhaltung der Bereitschaft zur Organspende zugunsten Beihilfeberechtigter und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Zu § 46 (Bemessung der Beihilfe)

Absatz 1:

Die Gewährung der Beihilfe deckt grundsätzlich einen bestimmten, als Bemessungssatz festgelegten Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen ab (§ 76 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes). Satz 2 legt den maßgeblichen Bemessungssatz für diejenigen Fälle fest, in denen sich der für die oder den jeweiligen Beihilfeberechtigten geltende Bemessungssatz zwischen Entstehen der Aufwendung (das ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung) und tatsächlicher Abrechnung geändert hat, z. B. wegen Geburt eines Kindes oder Änderungen beim Familien- oder Auslandskinderzuschlag. Eine Ausnahme vom Grundsatz der prozentualen Beihilfe gilt für die häuslichen Pflegeleistungen durch andere geeignete Personen nach § 38 Absatz 2, da hier Beihilfe in Form von Pauschalen gewährt wird.

Absatz 2:

Bei mehreren Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern gilt der erhöhte Bemessungssatz von 70 Prozent nur für diejenigen, die für alle Kinder den Familien- oder Auslandskinderzuschlag tatsächlich beziehen.

Absatz 3:

Die Regelung verhindert eine Benachteiligung von Hochschullehrerinnen und Hochschullehrern durch einen Versorgungsbezug mit niedrigerem Bemessungssatz.

Absatz 4:

Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur Hälfte. Da diesen Personen, wenn sie Versorgung erhalten, grundsätzlich aber ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht, käme es regelmäßig zu einer Überschreitung der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Die Vorschrift stellt daher klar, dass ergänzend zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherungen höchstens eine Beihilfe nach einem Bemessungssatz von 50 Prozent zu gewähren ist.

Zu § 47 (Abweichender Bemessungssatz)

Die Vorschrift legt die Tatbestände fest, die eine Erhöhung (Absätze 1 bis 7) oder Absenkung (Absatz 8) des Bemessungssatzes rechtfertigen. In den Fällen der Absätze 1 bis 3 liegt die Entscheidung im pflichtgemäßen Ermessen der Festsetzungsstelle; dabei ist die Situation der oder des Betroffenen unter Fürsorgegesichtspunkten umfassend zu berücksichtigen. Diese Regelung dient

der Herausbildung einer einheitlichen Entscheidungspraxis und entspricht dem Ausnahmecharakter dieser Entscheidungen.

Absatz 1:

Die Regelung trägt der besonderen Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber den Beamtinnen und Beamten Rechnung, die eine Dienstbeschädigung erlitten haben.

Absatz 2:

Die Regelung betrifft die in der Praxis immer wieder vorkommenden Fälle, in denen Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit geringem Einkommen durch die notwendigen Beiträge zur privaten Krankenversicherung übermäßig belastet werden. Aus Gründen der Fürsorgepflicht wird bei Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen in der Regel eine Erhöhung des Bemessungssatzes erforderlich sein. Die zu treffende Ermessensentscheidung hat jedoch alle Umstände des Einzelfalls umfassend zu berücksichtigen, was die Ablehnung der Erhöhung nicht grundsätzlich ausschließt. Gleichzeitig legt die Vorschrift fest, für welchen Personenkreis diese besondere Fürsorgeleistung gewährt werden kann. Die in Satz 4 vorgesehene Befristung der Erhöhung des Bemessungssatzes soll sicherstellen, dass nur tatsächlich Bedürftige von der Erhöhung profitieren; durch die Befristung kann auf Erhöhungen des Einkommens der Betroffenen, beispielsweise durch die Bewilligung weiterer Renten, leichter reagiert werden. Die Anschlussbewilligung setzt einen erneuten Antrag voraus.

Absatz 3:

Mit dieser Regelung wird der Festsetzungsstelle die Möglichkeit eingeräumt, den Bemessungssatz in besonders gelagerten Einzelfällen ausnahmsweise zu erhöhen. In Betracht kommt dies etwa bei Aufwendungen für eine Suchtbehandlung, an denen sich die ergänzende private Krankenversicherung nicht beteiligt, weil Suchtbehandlungen generell nicht zu ihrem Leistungsumfang gehören. Mit Rücksicht auf die geringe Zahl der in Betracht kommenden Ausnahmefälle sichert der Vorbehalt des Einvernehmens mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung die Herausbildung und Wahrung einer einheitlichen Verwaltungspraxis. Der Ausschluss von Pflegeleistungen erfolgt vor dem Hintergrund der engen Bindung des Beihilferechts in diesem Bereich an das Recht der sozialen Pflegeversicherung. Diese Bindung lässt keinen Raum für abweichende Regelungen, um ein soziales Ungleichgewicht zu vermeiden.

Absatz 4:

Die Vorschrift entspricht unverändert der gegenwärtigen Rechtslage, wonach sich der Bemessungssatz aus Fürsorgegründen erhöht, wenn die private Krankenversicherung trotz rechtzeitiger und ausreichender Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen (mehr) gewährt. Die Erhöhung des Bemessungssatzes verhindert in diesen Fällen eine

dem Fürsorgegrundsatz widersprechende unangemessene Beeinträchtigung der Alimentation durch im Einzelfall von der ergänzenden Krankenversicherung nicht abgedeckte notwendige Aufwendungen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen der oder des Beihilfeberechtigten.

Absatz 5:

Im Hinblick auf die besondere Situation an manchen auswärtigen Dienstorten ist es teilweise erforderlich, zur Behandlung an andere Orte zu reisen. Da diese Erschwernisse durch den Aufenthalt am Dienstort auf Veranlassung des Dienstherrn bedingt sind, ist es angemessen, auch die dadurch entstehenden zusätzlichen Beförderungskosten dem Dienstherrn zuzurechnen.

Absatz 6:

Beamten und Beamte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, behalten ihre Beihilfeansprüche. Allerdings werden die Sachleistungen und Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die ihrerseits als Vollversicherung alle notwendigen und wirtschaftlichen Leistungen in Krankheitsfällen umfassen, nach § 9 Absatz 1 Satz 1 auf die Beihilfe angerechnet. Da in der gesetzlichen Krankenversicherung – anders als in der privaten Krankenversicherung – keine Teilversicherung möglich ist, führt dies in der Praxis zu einer nicht unerheblichen Entlastung der Beihilfe. Tritt die gesetzliche Krankenversicherung quasi an die Stelle einer die Beihilfe üblicherweise ergänzenden privaten Krankenversicherung, steht der oder dem Beihilfeberechtigten aber häufig nur ein Leistungsniveau zur Verfügung, das hinter dem einer privaten Krankenversicherung zurückbleibt. Darüber hinaus tragen die gesetzlich krankenversicherten Beamten den vollständigen Krankenversicherungsbeitrag (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) allein. Vor diesem Hintergrund ist es aus Fürsorgegründen gerechtfertigt, für die über die Sachleistungen und Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehenden Aufwendungen einen Bemessungssatz von 100 Prozent vorzusehen. Anders ist dies indes etwa in Fällen, in denen zu den Krankenversicherungsbeiträgen ein Arbeitgeberanteil gewährt wird oder Rentenansprüche der Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfängern einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen enthalten. Da in diesen Fällen die oder der Beihilfeberechtigte nicht allein mit den Beiträgen belastet ist, erscheint es sachgerecht, auf die beihilfefähigen Aufwendungen nur den individuellen Bemessungssatz anzuwenden.

Absatz 7:

Die Erhöhung des Bemessungssatzes ergänzt § 39 Absatz 3 und ist aus den zu dieser Vorschrift genannten Gründen geboten.

Absatz 8:

Die Festlegung der Bemessungssätze erfolgt vor dem Hintergrund des typischerweise anzunehmenden Alimentationsbedarfs der Beamtinnen und Beamten sowie der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger. Zu diesem Bedarf gehören auch die Beiträge zur privaten Krankenversicherung, welche die Beihilfe ergänzt. In den Fällen, in denen die Beihilfeberechtigten von anderer Seite einen Zuschuss zu diesen Krankenversicherungsbeiträgen erhalten, sinkt gleichzeitig auch der typischerweise anzunehmende Alimentationsbedarf. Als Folge ist es gerechtfertigt, dies bei der Ausgestaltung der Bemessungssätze zu berücksichtigen. Um besondere Härten durch geringfügige Zuschüsse zu vermeiden, wird der Bemessungssatz nur dann reduziert, wenn der Beitragszuschuss mindestens 41 Euro monatlich beträgt. Diese Regelung ist überwiegend auf Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger anzuwenden, die neben ihren Versorgungsbezügen eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und entsprechend der Rentenhöhe einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten. Den Folgen dieser Regelung können Beihilfeberechtigte entgehen, indem sie auf den Teil des Beitragszuschusses verzichten, der über 40,99 Euro hinausgeht.

Zu § 48 (Begrenzung der Beihilfe)

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass die Erstattungen, die Beihilfeberechtigte aus dem Beihilfesystem und einer Krankenversicherung erhalten, nicht höher sind als die tatsächlichen Aufwendungen. Ein solcher Fall kann eintreten, wenn Beihilfeberechtigte in der privaten Krankenversicherung einen Prozenttarif abgeschlossen haben, der eine höhere Erstattung vorsieht, als der von der Beihilfe nicht erstattete Anteil, z. B. private Krankenversicherung mit einem Erstattungssatz von 40 Prozent bei einem Beihilfe-Bemessungssatz von 70 Prozent. In diesen Fällen wird die Beihilfe entsprechend reduziert. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verstößt es nicht gegen den Grundsatz der Fürsorgepflicht, dass die Beihilfe einschließlich der Erstattungen der Krankenkassen nicht mehr als 100 Prozent der Krankheitskosten betragen darf. Durch die Krankheit soll kein Gewinn erzielt werden können (BVerfGE 83, 89). Die nach Satz 2 bei der Ermittlung der 100 Prozent-Grenze nicht zu berücksichtigenden Zahlungen betreffen bestimmte Eigenbehalte, die hierdurch abgesichert werden. Es wäre unbillig, diese zu berücksichtigen, da bei dem 100 Prozent-Vergleich auch nur von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen ausgegangen wird. Andernfalls würde den Beihilfeberechtigten die Möglichkeit genommen, diese Belastungen auf eigene Kosten durch eine Versicherung auszugleichen. Grundsätzlich sind die Sachleistungen und Erstattungen, die zu beihilfefähigen Aufwendungen von dritter Seite erbracht werden, nachzuweisen. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung reicht in den Fällen, in denen die oder der Beihilfeberechtigte bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen einen „Pro-

zenttarif“ abgeschlossen hat, regelmäßig ein einmaliger Nachweis und die Mitteilung eventueller Veränderungen aus.

Zu § 49 (Eigenbehalte)

Zur Kostenbegrenzung und zur Erzielung von Steuerungseffekten sieht das Beihilferecht die Berücksichtigung von vierteljährlich zu erhebenden Eigenbehalten vor. Die Erhebung dieser Eigenbehalte soll eine kostenbewusste Inanspruchnahme der beihilferelevanten Dienstleistungen durch die Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen fördern, indem sie den Beihilfeberechtigten vor Augen führt, dass krankheits-, pflege- und geburtsbedingte Leistungen ein kostbares Gut sind und sie in die Kostenverantwortung für das Gesundheitswesen mit einbezieht. Ihr Umfang und ihre Höhe verleihen den anzurechnenden Eigenbehalten eine einerseits spürbare, andererseits aber auch maßvolle und vertretbare Wirkung. Die Eigenbehalte entsprechen den in der gesetzlichen Krankenversicherung von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen. Es erfolgt entweder ein Abzug von den beihilfefähigen Aufwendungen (Absatz 1) oder ein Abzug von der Beihilfe insgesamt (Absatz 2).

Absatz 1:

Der Einbehalt von Eigenbehalten bei stationärer Krankenbehandlung und Anschlussheilbehandlung ist auf 28 Tage je Kalenderjahr begrenzt, um Überforderungen der Beihilfeberechtigten zu verhindern.

Absatz 2:

Von der Beihilfe insgesamt abgezogen wird der Eigenbehalt für jede erste Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer und zahnärztlicher Behandlung im Kalendervierteljahr (so genannte „Praxisgebühr“). Gleiches gilt auch für die Inanspruchnahme der Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern: Da es sich um eine eigene Kategorie beihilfefähiger Aufwendungen handelt, ist auch hier der Abzug eines Eigenbehalts im Sinne einer „Praxisgebühr“ sachgerecht. Bei jeder ersten Inanspruchnahme in einem Kalendervierteljahr sind die Eigenbehalte für ärztliche oder psychotherapeutische, zahnärztliche und Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker je gesondert anzurechnen. Als Ausgleich für den Wegfall der Regelungen über die Eigenbehalte für Arznei- und Verbandmittel, für Hilfsmittel, bei Fahrtkosten und für die Inanspruchnahme einer häuslichen Krankenpflege wird der Betrag für die „Praxisgebühr“ um zwei Euro auf insgesamt zwölf Euro erhöht. Entstehen in allen drei Bereichen Aufwendungen innerhalb eines Kalendervierteljahres, sind daher insgesamt 36 Euro Eigenbehalt anzurechnen. Da sich der Abzug auf die Beihilfe insgesamt bezieht, erfolgt er unabhängig von der Höhe der jeweiligen Rechnung, d. h. auch wenn der einzelne Rechnungsbetrag unter dem abzuziehenden Eigenbehalt liegt. Diese Form der Anrechnung verwirklicht die im Beihilferecht angestrebte Konzeption einer wirkungsgleichen Bela-

stung der Beihilfeberechtigten im Vergleich zu den gesetzlich Krankenversicherten. In der die Beihilfe in der Regel ergänzenden privaten Krankenversicherung erfolgt in den meisten Fällen schon deshalb keine der Praxisgebühr wirtschaftlich entsprechende Kürzung der Kostenerstattung, weil diese im Versicherungsvertrag nicht vorgesehen ist.

Absatz 3:

In den in dieser Vorschrift enumerativ genannten Fällen wird aus sozialen Gründen vom Abzug der Eigenbehalte abgesehen. Da regelmäßige Vorsorge und Gesundheitskontrolle dazu beitragen, höhere Beihilfeaufwendungen zu vermeiden, liegt die in Nummer 3 enthaltene Ausnahme auch im steuerungspolitischen Interesse.

Absatz 4:

Die Regelung vermeidet eine Doppelbelastung mit den Eigenbehalten einschließlich der Praxisgebühr, die andernfalls für in einem beihilfeergänzenden Standardtarif oder einem Basistarif Versicherte eintreten würde.

Zu § 50 (Belastungsgrenzen)

Obwohl die Eigenbehalte im Einzelfall eine sehr maßvolle und angemessene Höhe haben, können sie sich bei schwerer, häufiger oder lang dauernder Krankheit oder Pflegebedürftigkeit summieren und so zu einer erheblichen, dem Fürsorgegrundsatz widersprechenden Belastung der oder des Beihilfeberechtigten werden. Die Belastungsgrenzen verhindern dies zuverlässig, indem sie eine kalenderjährliche Obergrenze für den Abzug von Eigenbehalten festlegen. Sie sind an die individuelle Höhe der jährlichen Einnahmen gekoppelt und tragen damit der Belastbarkeit der einzelnen Beihilfeberechtigten Rechnung. Eine jährliche Belastung mit Eigenbehalten von bis zu einem Prozent der jährlichen Einnahmen im Sinne von § 39 Absatz 3 Satz 3 bis 7 stellt keine wesentlich ins Gewicht fallende Beeinträchtigung der Alimentation dar und ist daher zumutbar und vertretbar. Diese Grenze gilt daher für Beihilfeberechtigte, denen infolge einer eigenen chronischen Erkrankung oder einer solchen ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen fortlaufend beihilfefähige Aufwendungen entstehen und die deshalb dauerhaft mit entsprechenden Eigenbehalten belastet sind. Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige ohne chronische Erkrankungen kann im Rahmen einer bei der Normsetzung notwendigen typisierenden und pauschalierenden Betrachtung von einer jährlich deutlich wechselnden Höhe der relevanten Aufwendungen ausgegangen. Dies führt im Vergleich zur Situation chronisch Kranker üblicherweise im Verlauf mehrerer Jahre zu einer gemittelten niedrigeren Belastung und rechtfertigt es, die Belastungsgrenze für die betroffenen Beihilfeberechtigten auf zwei Prozent ihrer jährlichen Einnahmen im Sinne von § 39 Absatz 3 Satz 3 bis 7 festzulegen. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung enthält mit § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine dieser Vorschrift entsprechende Regelung.

Absatz 1:

Nach Überschreiten der in dieser Vorschrift festgelegten Belastungsgrenze sind für das laufende Kalenderjahr – auf Antrag der oder des Beihilfeberechtigten – keine Eigenbehalte mehr abzuziehen. Die Vorschrift übernimmt die in der Chroniker-Richtlinie für die gesetzliche Krankenversicherung getroffenen Entscheidungen in das Beihilferecht und bedient sich dadurch des Sachverstands des fachkundig besetzten gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Maßstab für die Feststellung therapiegerechten Verhaltens und der Beteiligung an Gesundheitsuntersuchungen, die die Voraussetzung für die Zugrundelegung der ermäßigten Belastungsgrenze für chronisch Kranke bilden, sind damit die vom gemeinsamen Bundesausschuss für die gesetzliche Krankenversicherung in der Chroniker-Richtlinie aufgestellten Grundsätze. Die Verweisung erfolgt zur Vermeidung einer verfassungsrechtlich bedenklichen dynamischen Verweisung auf die Fassung dieser Richtlinie vom 19. Juli 2007. Ein Antrag kann auch im Folgejahr gestellt werden. Das Antragsverfahren dient der Gegenüberstellung des anzurechnenden Einkommens und der getätigten Aufwendungen. Soweit Eigenbehalte durch Abzug von den beihilfefähigen Aufwendungen angerechnet werden, erfolgt die Berücksichtigung bei der Belastungsgrenze nur in Höhe der individuellen Bemessungssätze, weil die Beihilfeberechtigten nur in diesem Umfang auch monetär belastet sind. Sowohl die Belastungsgrenzen von zwei Prozent des Einkommens oder einem Prozent bei chronisch Kranken als auch die Voraussetzungen für die Heranziehung der niedrigeren Belastungsgrenze für chronisch Kranke entsprechen den Regelungen, die für die gesetzliche Krankenversicherung auf der Grundlage des § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten. Darüber hinaus besteht für die für Inneres zuständige Senatsverwaltung die Möglichkeit, in einer Verwaltungsvorschrift weitere Einzelheiten für die Inanspruchnahme der niedrigeren Belastungsgrenze festzulegen.

Absatz 2:

Durch die Vorschrift wird erreicht, dass in der Beihilfe bei der Ermittlung der Einkommensgrenzen nur das Einkommen der Personen berücksichtigt wird, deren Eigenbehalte auch einbezogen werden können. Die berücksichtigungsfähigen Einkommen vermindern sich um die in der Vorschrift genannten Pauschbeträge.

Absatz 3:

Die Vorschrift beschränkt das für die Belastungsgrenze der Beihilfeberechtigten, die Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten, zu berücksichtigende Einkommen auf den Regelsatz nach der Regelsatzverordnung. Damit wird sichergestellt, dass auch in diesen Fällen Eigenbehalte erhoben werden, die jedoch der besonderen Einkommenssituation angepasst sind. Die Regelung entspricht der Verfahrensweise der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu § 51 (Bewilligungsverfahren)

Absatz 1:

Die Entscheidung, ob die in der Verordnung aufgestellten Voraussetzungen für Angemessenheit und Notwendigkeit der getätigten Aufwendungen vorliegen, obliegt der Festsetzungsstelle, die sich im Bedarfsfall fachlich beraten lassen kann. Die den Beihilfeberechtigten nach Satz 3 obliegende Mitwirkung umfasst insbesondere die Schweigepflichtentbindung behandelnder Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen oder Zahnärzte, um ärztliche oder zahnärztliche Begutachtungen im Rahmen des Bewilligungsverfahrens zu ermöglichen. Die differenzierten und bewährten Regelungen des Ersten Buches Sozialgesetzbuch zum Umfang der Mitwirkungspflicht und den Folgen ihrer Verweigerung sind im Beihilfeverfahren sinngemäß anzuwenden. Die Regelung trägt dem im Beihilferecht gebotenen Datenschutzstandard Rechnung. Die Festsetzungsstelle trägt die Kosten der Gutachten, die sie einholt. Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne nach § 14 Satz 2 und § 15 Absatz 2 Satz 2 gehören hingegen zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

Absatz 2:

Die Regelung stellt sicher, dass über die Gewährung von Beihilfe in Pflegefällen in der Regel aufgrund derselben ärztlichen Gutachten entschieden wird, die bereits für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellt wurden. Die Regelung dient im Wesentlichen der Verwaltungsvereinfachung. Liegt ein solches Gutachten nicht vor, muss die Festsetzungsstelle ein entsprechendes selbst einholen.

Absatz 3:

Die Vorschrift regelt die Form der Beantragung von Beihilfe. Sie erlaubt auch die elektronische Übermittlung von Beihilfeanträgen; die zusätzliche elektronische Übermittlung auch der dazugehörigen Belege setzt die Zulassung durch die Festsetzungsstelle voraus. Damit wird der unterschiedlichen technischen Ausstattung der Festsetzungsstellen Rechnung getragen. Verlangt die Festsetzungsstelle nach Satz 5 trotz zugelassener elektronischer Übermittlung einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform, so sind immer auch die Belege in schriftlicher Form vorzulegen: Satz 4 lässt die elektronische Übermittlung der Belege nur in Verbindung mit einem elektronischen Beihilfeantrag zu.

Absatz 4:

Grundsätzlich obliegt es der oder dem Beihilfeberechtigten, alle für die Beihilfearbeitung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Hinsichtlich Unterlagen, die zusätzlich erforderlich sind, um der Festsetzungsstelle die Prüfung der Beihilfefähigkeit von im Ausland entstandenen Aufwendungen zu ermöglichen, sieht die Vorschrift Erleichterungen vor.

Absatz 5:

Die Regelung dient der Verwaltungsvereinfachung. Bei den Festsetzungsstellen verbliebene Belege werden nach Fertigstellung des Beihilfebescheides dort sechs Monate aufbewahrt, damit auf sie auch im Fall der Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand nach Ablauf der Widerspruchsfrist in einem Rechtsbehelfsverfahren zurückgegriffen werden kann, und danach vernichtet. Die Sätze 5 und 6 räumen den Festsetzungsstellen bei Zweifeln an der Echtheit der eingereichten Unterlagen eine Nachprüfungsmöglichkeit hinsichtlich der Authentizität der eingereichten Belege ein.

Absatz 6:

Zur Verhinderung besonderer Härten, insbesondere wenn Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige getrennt leben, kann die Festsetzungsstelle auch zulassen, dass andere Personen als Beihilfeberechtigte selbst Beihilfe beantragen. Zur Wahrung der Interessen der Beihilfeberechtigten sind diese vor einer entsprechenden Entscheidung anzuhören. Sofern die Festsetzungsstelle die Beantragung durch berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter zulässt, bedeutet dies lediglich eine Verfahrenserleichterung, die den nur der oder dem Beihilfeberechtigten als Element ihrer oder seiner Alimentation zustehenden Beihilfeanspruch materiell unverändert lässt.

Absatz 7:

Im Interesse der Wirtschaftlichkeit der Beihilfearbeitung sollen Beihilfeanträge erst eingereicht werden, wenn die Aufwendungen bestimmte Bagatellgrenzen überschritten haben. Entscheidend ist die Höhe der Aufwendungen, also die Summe der eingereichten Rechnungsbeträge und nicht die Höhe des individuellen Beihilfeanspruchs. Andernfalls hinge die Zulässigkeit des Beihilfeantrags von der materiellen Beurteilung der Beihilfefähigkeit dem Grunde und der Höhe nach ab. Die Festsetzungsstellen können, um Härten zu vermeiden, allerdings Ausnahmen zulassen, insbesondere wenn andernfalls die Verjährung eines Beihilfeanspruchs droht oder bei Beihilfeberechtigten mit geringem Einkommen.

Absatz 8:

Abschlagszahlungen sollen Beihilfeberechtigte auf deren Antrag vor nicht tragbaren finanziellen Belastungen im Zusammenhang mit Krankheits- oder Pflegefällen schützen und kommen insbesondere bei Krankenhausaufenthalten und Pflegekosten in Betracht. Die Entscheidung liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Festsetzungsstelle.

Zu § 52 (Zuordnung von Aufwendungen)

Die Norm regelt die Zuordnung von Aufwendungen. Der Anspruch auf Beihilfe dem Grunde nach, aber auch die Höhe der Beihilfe hängen, etwa im Hinblick auf die unterschiedlichen Bemessungs-

sätze, vielfach von der Zuordnung der jeweiligen Aufwendung zu einer oder einem bestimmten Beihilfeberechtigten oder einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ab. Werden z. B. die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe einer berücksichtigungsfähigen Ehegattin, einem berücksichtigungsfähigen Ehegatten, einer berücksichtigungsfähigen eingetragenen Lebenspartnerin oder einem berücksichtigungsfähigen eingetragenen Lebenspartner zugerechnet, besteht ein Anspruch auf Beihilfe nach einem Bemessungssatz von 70 Prozent; bei Zurechnung zu einem berücksichtigungsfähigen Kind beträgt der Bemessungssatz 80 Prozent.

Zu § 53 (Elektronische Gesundheitskarte)

Die Vorschrift schafft die Rahmenbedingungen für die Teilnahme des Beihilfebereichs an zukunftsweisenden Entwicklungen bei der Modernisierung des Gesundheitswesens, insbesondere der Einführung der Telematik. Es wird erwartet, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte Kostenersparnisse und Effizienzsteigerungen bei der Sachbearbeitung, sowie Verbesserungen von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Behandlung ermöglicht. Die privaten Krankenversicherungen sind aus diesem Grunde finanziell und planerisch an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beteiligt und beabsichtigen, diese für ihre Versicherten einzuführen. Die Bezugnahme auf § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch lässt für die Beihilfeberechtigten, die eine elektronische Gesundheitskarte erhalten haben, sämtliche Regelungen zur Verwendung der Karte, zum Einverständnis der Versicherten, insbesondere zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte, sowie sonstige datenschutzrechtliche Bestimmungen unberührt. Die Ausgabe eigener Gesundheitskarten für Beihilfeberechtigte ist nicht sinnvoll, weil privat oder gesetzlich Krankenversicherte über eine Gesundheitskarte verfügen und die Anwendung von zwei Karten auf den gleichen Sachverhalt nicht praktikabel wäre. Eine Verpflichtung zum Einsatz der Gesundheitskarte besteht zunächst nur für den absehbaren Hauptanwendungsbereich im Geschäftsverkehr mit den Apotheken, in dem der wesentliche Effizienzgewinn für die Beihilfeabrechnung zu erwarten ist, soweit die oder der Beihilfeberechtigte über eine elektronische Gesundheitskarte verfügen. Für andere Bereiche wird die Einführung der Verpflichtung zum Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte, verbunden mit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs bei Nichtbeachtung dieser Pflicht zunächst zurückgestellt, bis tragfähige Erfahrungen mit diesem neuen Instrument vorliegen.

Zu 54 (Antragsfrist)

Absatz 1:

Bei der beihilferechtlichen Antragsfrist handelt es sich rechtlich um eine Ausschlussfrist. Mit Fristablauf erlischt der Anspruch auf Gewährung einer Beihilfe endgültig. Die Sonderregelung der Sät-

ze 2 und 3 ist erforderlich, weil Pflegeleistungen im Regelfall für ganze Monate abgerechnet werden.

Absatz 2:

Die Vorschrift trägt den besonderen Gegebenheiten bei der Beantragung von Beihilfen durch Beamtinnen und Beamte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland sowie ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen Rechnung. Unwägbarkeiten des Postlaufs vom Ort der Beschäftigung im Ausland nach Deutschland sollen mit Rücksicht auf die Ausschlusswirkung der Antragsfrist nicht zu Lasten der Beihilfeberechtigten gehen. Den fristgerechten Eingang bei ihrer Beschäftigungsstelle zu bewirken und gegebenenfalls nachzuweisen, bleibt allerdings in ihrer Verantwortungssphäre.

Zu § 55 (Geheimhaltungspflicht)

Absatz 1:

Die Vorschrift konkretisiert den von § 85 des Landesbeamtengesetzes gewährleisteten besonderen Schutz der Beihilfeakte für das Beihilfeverfahren im Interesse der Beihilfeberechtigten und gilt sowohl für die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Stellen außerhalb der Behörde als auch für die behördeninterne Weitergabe und Nutzung. Die Übermittlung oder Weitergabe von bei der Beihilfebearbeitung bekannt gewordenen Informationen an die Personalstellen ist damit ausgeschlossen. Ausnahmen von dem Verbot der Datenübermittlung bedürfen entweder einer gesetzlichen Ermächtigung oder des ausdrücklichen schriftlichen Einverständnisses der Beihilfeberechtigten oder ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Absatz 2:

Die Regelung ermöglicht den Festsetzungsstellen, personenbezogene Daten aus der Beihilfeakte, aus denen sich in der Person der Beamtin, des Beamten, der Versorgungsempfängerin oder des Versorgungsempfängers und der Familienangehörigen liegende, für die Festsetzung und Berechnung der Besoldung oder Versorgung oder für die Prüfung der Kindergeldberechtigung anspruchsbegründende und anspruchshemmende Umstände ergeben, an die Bezügestellen als Familienkasse zu übermitteln. Eine Übermittlung oder Weitergabe ist mit Datenschutzgrundsätzen vereinbar, weil die Daten zur Aufgabenerfüllung der genannten Stellen erforderlich sind und die relevanten Angaben, wie etwa der Beihilfebehörde bekannt werdende Änderungen des Familienstandes oder der Zahl der Kinder, der Krankenkassenzugehörigkeit oder der Tod einer oder eines Beihilfeberechtigten auch von den Bezügestellen erhoben und verarbeitet werden dürfen. Sie gehören nicht zum engen Kernbereich personenbezogener Daten, die als Beihilfedaten besonderen Schutz genießen (insbesondere gesundheitsbezogene Daten) und deshalb von anderen personalbearbeitenden Stellen abzuschotten sind. Die Daten werden von den Bezügestellen für die Festsetzung des Kindergeldes und der Familienzuschläge, die Feststellung einer Krankenversiche-

rungspflicht von Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern, die Berechnung abzuführender Versicherungsbeiträge und zur Gewährleistung einer möglichst zeitnahen Einstellung der Zahlungen nach dem Tod etwa einer Versorgungsempfängerin oder eines Versorgungsempfängers benötigt. Sensible Daten, die Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zulassen, wie z. B. über Krankheiten, Diagnosen, Behandlungen und Medikamente, sind für diese Zwecke nicht erforderlich und dürfen daher nur unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 übermittelt werden.

Zu § 56 (Festsetzungsstellen)

Die Vorschrift bestimmt die nach § 51 für die Bewilligung der Beihilfe zuständigen Festsetzungsstellen. Indem es den in Satz 1 genannten Dienstbehörden überlassen bleibt, für den eigenen Geschäftsbereich abweichende Regelungen zu treffen, wird ihrer Organisationshoheit Rechnung getragen und Raum für zweckmäßige und effiziente Gestaltungen gelassen. Insbesondere für kleine Behörden oder für Behörden mit einer geringen Zahl von Beihilfeberechtigten wird die Übertragung der Beihilfebearbeitung an eine große, leistungsfähige Festsetzungsstelle ermöglicht.

Zu § 57 (Verwaltungsvorschriften)

Die Verwaltungsvorschriften können insbesondere Durchführungsbestimmungen und Konkretisierungen der in der Verordnung verwendeten unbestimmten Rechtsbegriffe enthalten und dienen der Erleichterung und Vereinheitlichung der Auslegung und Anwendung dieser Verordnung. Die Verordnung enthält daneben zur Klarstellung einige konkrete Ermächtigungsnormen zum Erlass von Verwaltungsvorschriften zu bestimmten Bereichen. Es handelt sich dabei um Angelegenheiten, zu denen nach den im Rahmen der Beihilfebearbeitung gesammelten Erfahrung konkrete und flexible Durchführungsbestimmungen für die Anwendungspraxis von besonderer Bedeutung sind (§ 18 Absatz 2 Satz 2, § 22 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe d, § 22 Absatz 3 Satz 1, § 22 Absatz 4 Satz 2, § 41 Absatz 3 und § 49 Absatz 7).

Zu § 58 (Übergangsvorschriften)

Absatz 1:

Die Regelung legt fest, für welche Aufwendungen noch das vor dem Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung im Land Berlin geltende Beihilferecht des Bundes anzuwenden ist.

Absatz 2:

Bis zum Inkrafttreten der Bundesbeihilfeverordnung bestand für berücksichtigungsfähige Angehörige von Beihilfeberechtigten des Landes Berlin eine Einkommensgrenze von 18 000 Euro. Nach der Regelung des § 4 Absatz 1, welche § 4 Absatz 1 der Bundesbeihilfeverordnung entspricht,

wurde die Einkommensgrenze auf 17 000 Euro abgesenkt. Die Bundesbeihilfeverordnung sieht für diese Fälle eine Übergangsregelung vor. Diese schließt eine rückwirkende Verschlechterung für die Beihilfeberechtigten aus. Erst wenn die Einkommensgrenze von 18 000 Euro erstmalig nach Inkrafttreten der Bundesbeihilfeverordnung überschritten wird, greift die Reduzierung der Einkommensgrenze für Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen oder eingetragene Lebenspartner von Beihilfeberechtigten ein. Mit dem Verweis wird die Weitergeltung der Übergangsvorschrift sichergestellt.

Absatz 3:

Die Regelung verhindert zusätzliche erhebliche finanzielle Belastungen der Beamtenfamilien, die durch die Bindung der Beihilfeberechtigung an den Familien- oder Auslandskinderzuschlag entstehen können. Berücksichtigungsfähige Kinder müssen sich zu Beginn des Studiums für eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen studentischen Krankenversicherung oder in der einen bestehenden Beihilfeanspruch als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ergänzenden privaten studentischen Krankenversicherung entscheiden. Diese Entscheidung ist für die Zeit des Studiums unumkehrbar. Kinder, die bis zum Wintersemester 2006/2007 ein Studium aufgenommen haben, haben diese Entscheidung auf der Grundlage des bisher geltenden Rechts getroffen, das für das Kindergeld und damit mittelbar auch die Beihilfeberechtigung das vollendete 27. Lebensjahres als Altersobergrenze zuzüglich der Zeit eines Wehr- oder Ersatzdienstes vorgesehen hat. Ein vorzeitiges Ausscheiden dieses Personenkreises aus der Beihilfe wäre für die Kinder und ihre Eltern mit erheblichen zusätzlichen finanziellen Belastungen verbunden. Angesichts dieser Umstände und insbesondere der fehlenden nachträglichen Beitrittsmöglichkeit zur gesetzlichen studentischen Krankenversicherung ist es erforderlich, für diesen Personenkreis eine Übergangsregelung vorzusehen. Für gesetzlich krankenversicherte Studentinnen und Studenten ergeben sich solche Probleme nicht. Für den Bemessungssatz nach § 76 Absatz 3 Satz 3 des Landesbeamtengesetzes sind diese Kinder nicht zu berücksichtigen.

Absatz 4:

Diese Regelung dient dem Vertrauensschutz des in der Regelung bezeichneten Personenkreises, denen eine solche Erhöhung vor Inkrafttreten der Bundesbeihilfeverordnung gewährt worden war. Sie stellt sicher, dass in Bezug auf die Festsetzung des erhöhten Bemessungssatzes die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung anzuwendende Übergangsvorschrift der Bundesbeihilfeverordnung weiter Anwendung findet.

Absatz 5:

Bei mehreren Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern gilt der erhöhte Bemessungssatz nur für einen Beihilfeberechtigten, der den Familienzuschlag nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung oder den Aus-

landskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung bezieht. Diese Regelung ist mit der Regelung in der Bundesbeihilfeverordnung identisch. Über die Zuordnung berücksichtigungsfähiger Kinder mit Wirkung für die Zukunft ist in der Bundesbeihilfeverordnung ein Übergangszeitraum von sechs Monaten ab Inkrafttreten der Bundesbeihilfeverordnung vorgesehen. Mit dem Verweis auf § 58 Absatz 5 der Bundesbeihilfeverordnung wird die Weitergeltung dieser Übergangsvorschrift sichergestellt.

Zu § 59 (Inkrafttreten)

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt in Kraft.

c) Beteiligungen:

Das gesamte Regelungskonzept zur Beihilfe (Entwurf eines 27. Landesbeamtenrechtsänderungsgesetz und beabsichtigter Inhalt des Entwurfs einer Landesbeihilfeverordnung) wurde dem Hauptpersonalrat und der Hauptschwerbehindertenvertretung sowie den Gewerkschaften und Berufsverbänden zur Stellungnahme zugeleitet. Vor der Durchführung des Beteiligungsverfahrens wurde den Gewerkschaftsvertretern in persönlichen Gesprächen am 25. Juli 2008 durch den Senator für Inneres und Sport das Regelungskonzept zur Beihilfe ausführlich dargelegt und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Gesamtergebnis der Belastungen die bislang geregelten Eigenbehalte nicht verändert werden und der Regelungsinhalt sich fast ausschließlich an dem im Land Berlin geltenden Bundesbeihilferecht orientiert. Die im Rahmen der Beteiligung vorgetragenen Änderungswünsche wurden überwiegend bereits bei dem Entwurf eines 27. Landesbeamtenrechtsänderungsgesetzes berücksichtigt und wirken daher nunmehr über das Dienstrechtsänderungsgesetz auch auf die Landesbeihilfeverordnung durch. Sofern Änderungswünsche nicht berücksichtigt werden konnten, wurden die Gründe hierfür den Gewerkschaftsvertretern im Rahmen der regelmäßigen Grundsatzgespräche dargelegt.

Diese Vorlage hat dem Rat der Bürgermeister zur Stellungnahme vorgelegen (§ 14 AZG). Er hat sich mit dem Inhalt einverstanden erklärt.

B. Rechtsgrundlage:

§ 76 Absatz 11 des Landesbeamtengesetzes vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70).

C. Kostenauswirkungen auf Privathaushalte und/oder Wirtschaftsunternehmen

Mit dem Verordnungsentwurf sind keine unmittelbaren Auswirkungen auf Privathaushalte oder Wirtschaftsunternehmen verbunden.

D. Gesamtkosten:

Zusätzliche Kosten sind mit der Verordnungsregelung nicht verbunden.

E. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg:

Es sind keine Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg zu erwarten.

F. Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung:

a) Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben:

Es sind keine Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben zu erwarten, da die Landesbeihilfeverordnung die bislang anzuwendende Bundesbeihilfeverordnung ersetzt und die geringfügigen Abweichungen vom Bundesrecht kostenneutral geregelt wurden.

b) Personalwirtschaftliche Auswirkungen:

Keine.

Berlin, den 8. September 2009

Der Senat von Berlin

Klaus Wowereit

.....
Regierender Bürgermeister

Dr. Ehrhart Körting

.....
Senator für Inneres und Sport

Wortlaut der zitierten Rechtsvorschriften

Beamtenstatusgesetz

§ 45
Fürsorge

Der Dienstherr hat im Rahmen des Dienst- und Treueverhältnisses für das Wohl der Beamtinnen und Beamten und ihrer Familien, auch für die Zeit nach Beendigung des Beamtenverhältnisses, zu sorgen. Er schützt die Beamtinnen und Beamten bei ihrer amtlichen Tätigkeit und in ihrer Stellung.

Landesbeamtengesetz

§ 76
Beihilfen

(1) Beihilfe als ergänzende Fürsorgeleistung erhalten:

1. Beamte, die Anspruch auf Besoldung haben oder Elternzeit in Anspruch nehmen,
2. Versorgungsempfänger, die Anspruch auf Versorgungsbezüge haben,
3. frühere Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind, während des Bezugs von Unterhaltsbeiträgen nach dem Beamtenversorgungsgesetz.

Satz 1 gilt auch, wenn Bezüge wegen der Anwendung von Ruhens- und/oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden. Für Aufwendungen des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten, die kein zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit führendes Einkommen haben, und der im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder wird ebenfalls Beihilfe gewährt. Satz 3 gilt nicht für Fälle des § 23 des Beamtenversorgungsgesetzes.

(2) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen

1. in Krankheits- und Pflegefällen,
2. zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten oder Behinderungen,
3. in Geburtsfällen, zur Empfängnisverhütung, bei künstlicher Befruchtung sowie in Ausnahmefällen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch und
4. zur Früherkennung von Krankheiten und zu Schutzimpfungen.

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

- | | |
|---|-------------|
| 1. Beamte und entpflichtete Hochschullehrer | 50 Prozent, |
| 2. den Empfänger von Versorgungsbezügen,
der als solcher beihilfeberechtigt ist | 70 Prozent, |
| 3. den berücksichtigungsfähigen Ehegatten
oder den eingetragenen Lebenspartner | 70 Prozent, |
| 4. ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise,
die als solche beihilfeberechtigt ist | 80 Prozent, |
| 5. die Mutter eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Aufwendungen bei der Geburt | 70 Prozent. |
- Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 70 Prozent;

bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz
nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 Prozent.

Die Beihilfe kann in Pflegefällen in Form einer Pauschale gewährt werden, deren Höhe sich am tatsächlichen Versorgungsaufwand orientiert. Beihilfe darf nur gewährt werden, soweit sie zusammen mit von dritter Seite zustehenden Erstattungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreitet. Zustehende Leistungen zu Aufwendungen nach Absatz 2 sind von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen von Beihilfeberechtigten, denen Leistungen nach § 70 Abs. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes zustehen.

(4) Aufwendungen für bei stationärer Krankenhausbehandlung erbrachte Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmerzuschlag) sind nicht beihilfefähig.

(5) Die zu gewährende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem ein Beihilfeantrag gestellt wird, bei den Angehörigen der Besoldungsgruppen

A 7 bis A 8	um 50 Euro,
A 9 bis A 12	um 100 Euro,
A 13, A 14, C 1, AH 1 bis AH 4, W 1 und R 1 bis zur 8. Lebensaltersstufe	um 200 Euro,
A 15, A 16, B 2, C 2, C 3, AH 5, AH 6, W 2 und R 1 ab der 9. Lebensaltersstufe und R 2	um 310 Euro,
B 3 bis B 7, C 4, AH 7, W 3 und R 3 bis R 7	um 460 Euro,
B 8 bis B 11 und R 8	um 770 Euro

gekürzt (Kostendämpfungspauschale). Die Kostendämpfungspauschale vermindert sich um 35 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind.

(6) Für Beamte in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet regelt sich die Höhe der Kostendämpfungspauschale nach dem jeweiligen Bemessungssatz ihrer Besoldung. Für Teilzeitbeschäftigte vermindert sich die Kostendämpfungspauschale im Verhältnis der tatsächlichen wöchentlichen Arbeitszeit zur Vollarbeitszeit.

(7) Die Kostendämpfungspauschale für Versorgungsempfänger beträgt 70 vom Hundert der Kostendämpfungspauschale für die Besoldungsgruppe, nach der die Versorgungsbezüge berechnet werden. Abweichend von Satz 1 beträgt die Kostendämpfungspauschale bei Witwen und Witwern 40 vom Hundert der für die Besoldungsgruppe maßgeblichen Kostendämpfungspauschale.

(8) Von der Erhebung der Kostendämpfungspauschale werden folgende Personengruppen ausgenommen:

1. Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst,
2. Beamte in der Elternzeit, soweit ihnen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt wird,
3. Waisen,
4. Beihilfeberechtigte, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, und
5. Versorgungsempfänger mit Mindestruhegehalt nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes und ihre Hinterbliebenen.

(9) Die Erhebung einer Kostendämpfungspauschale entfällt für Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen oder Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit.

(10) Die Erhebung der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den persönlichen Verhältnissen bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr.

(11) Der Senat kann durch Rechtsverordnung die Einzelheiten der Beihilfegewährung regeln. Insbesondere kann er Höchstbeträge, Belastungsgrenzen, den völligen oder teilweisen Ausschluss von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und den Abzug von Pauschalbeträgen von der zu gewährenden Beihilfe für jedes Quartal, in dem Aufwendungen entstanden sind, in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch festlegen.

§ 77 Reise- und Umzugskosten

(1) Beamtinnen und Beamte erhalten Reise- und Umzugskostenvergütung in entsprechender Anwendung der für die unmittelbaren Bundesbeamtinnen und unmittelbaren Bundesbeamten jeweils geltenden Rechtsvorschriften nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8.

(2) Bei der Anwendung der in Absatz 1 genannten Rechtsvorschriften stehen eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner den Ehegatten gleich.

(3) Auf die Reisekostenvergütung und die Auslagenerstattung des Bundesreisekostengesetzes kann ganz oder teilweise verzichtet werden. Ein Verzicht auf Reisekostenvergütung und Auslagenersatz bedarf der Schriftform.

(4) Entstandene Kosten für Fahrten auf dem Land-, Luft- oder Wasserweg mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln werden nur bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse des wirtschaftlichsten Verkehrsmittels erstattet, es sei denn, eine höhere Beförderungsklasse ist im Gesamtergebnis preisgünstiger. Die Dienstbehörde kann Ausnahmen zulassen.

(5) Benutzt eine Beamtin oder ein Beamter für die Wahrnehmung eines Dienstgeschäftes ein privates Kraftfahrzeug, ohne dass ein dienstliches Interesse an der Benutzung des Kraftfahrzeuges besteht, darf der Gesamtbetrag der Wegstreckenentschädigung die Kosten bei Benutzen der niedrigsten Beförderungsklasse eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels nicht übersteigen.

(6) Bei Dienstreisen sowie Abordnungen und Versetzungen innerhalb des Landes Berlin, in die an das Land Berlin angrenzenden Landkreise und in die kreisfreie Stadt Potsdam finden die §§ 6 und 15 des Bundesreisekostengesetzes (Tagegeld, Trennungsgeld) und § 12 des Bundesumzugsgesetzes (Trennungsgeld) keine Anwendung.

(7) Für Fahrten zwischen Wohnung und regelmäßiger Dienststätte oder Einsatzort aus besonderem dienstlichem Anlass können die entstandenen notwendigen Fahrkosten erstattet werden.

(8) Die für Inneres zuständige Senatsverwaltung erlässt die zur Ausführung notwendigen Verwaltungsvorschriften.

§ 103 Heilfürsorge

(1) Polizeivollzugskräfte des mittleren Dienstes der Schutzpolizei haben für die Dauer des Vorbereitungsdienstes oder des Ausbildungsdienstes Anspruch auf freie Heilfürsorge. Diesen Anspruch haben alle Polizeivollzugskräfte für die Dauer einer besonderen Verwendung oder Bereitstellung.

(2) Das Nähere regelt der Senat durch Rechtsverordnung.

§ 108 Übergangsvorschrift zum Haushaltsstrukturgesetz 1998

Für am 1. April 1998 vorhandene

1. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger,
2. Schwerbehinderte und
3. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben,

bleiben Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung nach den bis zum 31. März 1998 geltenden Beihilfevorschriften beihilfefähig. Für beihilfeberechtigte Angehörige gilt Satz 1 entsprechend.

Dienstrechtsänderungsgesetz

Artikel XIII Schlussvorschriften

§ 5 Übergangsvorschrift zu § 76 des Landesbeamtengesetzes

Bis zum Inkrafttreten der Beihilfenverordnung des Landes Berlin gemäß § 76 Absatz 11 des Landesbeamtengesetzes finden die für die unmittelbaren Bundesbeamtinnen und unmittelbaren Bundesbeamten sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger des Bundes für die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen jeweils geltenden Vorschriften nach Maßgabe des § 76 Absatz 1 bis 10 des Landesbeamtengesetzes in der seit Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung Anwendung.

Bundesbesoldungsgesetz

§ 1 Geltungsbereich

(2) Zur Besoldung gehören folgende Dienstbezüge:

1. Grundgehalt,
2. Leistungsbezüge für Professoren sowie hauptberufliche Leiter und Mitglieder von Leitungsgremien an Hochschulen,
3. Familienzuschlag,
4. Zulagen,
5. Vergütungen,
6. Auslandsdienstbezüge.

§ 7 Kaufkraftausgleich

(1) Entspricht die Kaufkraft der Bezüge am dienstlichen und tatsächlichen Wohnsitz im Ausland (ausländischer Dienstort) nicht der Kaufkraft der Bezüge im Inland am Sitz der Bundesregierung, ist der Unterschied der Kaufkraft durch Zu- oder Abschläge auszugleichen (Kaufkraftausgleich).

(2) Das Statistische Bundesamt ermittelt für den einzelnen Dienstort nach einer wissenschaftlichen Berechnungsmethode auf Grund eines Preisvergleichs und des Wechselkurses zwischen den Währungen den Vmhundertsatz, um den die Lebenshaltungskosten am ausländischen Dienstort höher oder niedriger sind als am Sitz der Bundesregierung (Teuerungsziffer). Die Teuerungsziffern sind vom Statistischen Bundesamt bekannt zu machen.

(3) Der Kaufkraftausgleich wird anhand der Teuerungsziffer festgesetzt. Das Nähere zur Festsetzung des Kaufkraftausgleichs regelt das Auswärtige Amt im Benehmen mit dem Bundesministerium des Innern durch allgemeine Verwaltungsvorschrift.

§ 40 Stufen des Familienzuschlages

(1) Zur Stufe 1 gehören

1. verheiratete Beamte, Richter und Soldaten,
2. verwitwete Beamte, Richter und Soldaten,
3. geschiedene Beamte, Richter und Soldaten sowie Beamte, Richter und Soldaten, deren Ehe aufgehoben oder für nichtig erklärt ist, wenn sie aus der Ehe zum Unterhalt verpflichtet sind,
4. andere Beamte, Richter und Soldaten, die eine andere Person nicht nur vorübergehend in ihre Wohnung aufgenommen haben und ihr Unterhalt gewähren, weil sie gesetzlich oder sittlich dazu verpflichtet sind oder aus beruflichen oder gesundheitlichen Gründen ihrer Hilfe bedürfen. Dies gilt bei gesetzlicher oder sittlicher Verpflichtung zur Unterhaltsgewährung nicht, wenn für den Unterhalt der aufgenommenen Person Mittel zur Verfügung stehen, die, bei einem Kind einschließlich des gewährten Kindergeldes und des kinderbezogenen Teils des Familienzuschlages, das Sechsfache des Betrages der Stufe 1 übersteigen. Als in die Wohnung aufgenommen gilt ein Kind auch, wenn der Beamte, Richter oder Soldat es auf seine Kosten anderweitig untergebracht hat, ohne dass dadurch die häusliche Verbindung mit ihm aufgehoben werden soll. Beanspruchen mehrere nach dieser Vorschrift Anspruchsberechtigte, Angestellte im öffentlichen Dienst oder auf Grund einer Tätigkeit im öffentlichen Dienst Versorgungsberechtigte wegen der Aufnahme einer anderen Person oder mehrerer anderer Personen in die gemeinsam bewohnte Wohnung einen Familienzuschlag der Stufe 1 oder eine entsprechende Leistung, wird der Betrag der Stufe 1 des für den Beamten, Richter oder Soldaten maßgebenden Familienzuschlages nach der Zahl der Berechtigten anteilig gewährt.

(2) Zur Stufe 2 und den folgenden Stufen gehören die Beamten, Richter und Soldaten der Stufe 1, denen Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder nach dem Bundeskindergeldgesetz zusteht oder ohne Berücksichtigung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes zustehen würde. Die Stufe richtet sich nach der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder.

(3) Ledige und geschiedene Beamte, Richter und Soldaten sowie Beamte, Richter und Soldaten, deren Ehe aufgehoben oder für nichtig erklärt ist, denen Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder nach dem Bundeskindergeldgesetz zusteht oder ohne Berücksichtigung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes zustehen würde, erhalten zusätzlich zum Grundgehalt den Unterschiedsbetrag zwischen der Stufe 1 und der Stufe des Familienzuschlages, der der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entspricht. Absatz 5 gilt entsprechend.

(4) Steht der Ehegatte eines Beamten, Richters oder Soldaten als Beamter, Richter, Soldat oder Angestellter im öffentlichen Dienst oder ist er auf Grund einer Tätigkeit im öffentlichen Dienst nach beamtenrechtlichen Grundsätzen versorgungsberechtigt und stünde ihm ebenfalls der Familienzuschlag der Stufe 1 oder einer der folgenden Stufen oder eine entsprechende Leistung in Höhe von mindestens der Hälfte des Höchstbetrages der Stufe 1 des Familienzuschlages zu, so erhält der Beamte, Richter oder Soldat den Betrag der Stufe 1 des für ihn maßgebenden Familienzuschlages zur Hälfte; dies gilt auch für die Zeit, für die der Ehegatte Mutterschaftsgeld bezieht. § 6 findet auf den Betrag keine Anwendung, wenn einer der Ehegatten vollbeschäftigt oder nach beamtenrechtlichen Grundsätzen versorgungsberechtigt ist oder beide Ehegatten mit jeweils mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beschäftigt sind.

(5) Stünde neben dem Beamten, Richter oder Soldaten einer anderen Person, die im öffentlichen Dienst steht oder auf Grund einer Tätigkeit im öffentlichen Dienst nach beamtenrechtlichen Grundsätzen oder nach einer Ruhelohnordnung versorgungsberechtigt ist, der Familienzuschlag nach Stufe 2 oder einer der folgenden Stufen zu, so wird der auf das Kind entfallende Betrag des Familienzuschlages dem Beamten, Richter oder Soldaten gewährt, wenn und soweit ihm das Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder nach dem Bundeskindergeldgesetz gewährt wird oder ohne Berücksichtigung des § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 4 des Bundes-

kindergeldgesetzes vorrangig zu gewähren wäre; dem Familienzuschlag nach Stufe 2 oder einer der folgenden Stufen stehen der Sozialzuschlag nach den Tarifverträgen für Arbeiter des öffentlichen Dienstes, eine sonstige entsprechende Leistung oder das Mutterschaftsgeld gleich. Auf das Kind entfällt derjenige Betrag, der sich aus der für die Anwendung des Einkommensteuergesetzes oder des Bundeskindergeldgesetzes maßgebenden Reihenfolge der Kinder ergibt. § 6 findet auf den Betrag keine Anwendung, wenn einer der Anspruchsberechtigten im Sinne des Satzes 1 vollbeschäftigt oder nach beamtenrechtlichen Grundsätzen versorgungsberechtigt ist oder mehrere Anspruchsberechtigte mit jeweils mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beschäftigt sind.

(6) Öffentlicher Dienst im Sinne der Absätze 1, 4 und 5 ist die Tätigkeit im Dienste des Bundes, eines Landes, einer Gemeinde oder anderer Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts oder der Verbände von solchen; ausgenommen ist die Tätigkeit bei öffentlich-rechtlichen Religionsgesellschaften oder ihren Verbänden, sofern nicht bei organisatorisch selbständigen Einrichtungen, insbesondere bei Schulen, Hochschulen, Krankenhäusern, Kindergärten, Altersheimen, die Voraussetzungen des Satzes 3 erfüllt sind. Dem öffentlichen Dienst steht die Tätigkeit im Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung gleich, an der der Bund oder eine der in Satz 1 bezeichneten Körperschaften oder einer der dort bezeichneten Verbände durch Zahlung von Beiträgen oder Zuschüssen oder in anderer Weise beteiligt ist. Dem öffentlichen Dienst steht ferner gleich die Tätigkeit im Dienst eines sonstigen Arbeitgebers, der die für den öffentlichen Dienst geltenden Tarifverträge oder Tarifverträge wesentlich gleichen Inhaltes oder die darin oder in Besoldungsgesetzen über Familienzuschläge oder Sozialzuschläge getroffenen Regelungen oder vergleichbare Regelungen anwendet, wenn der Bund oder eine der in Satz 1 bezeichneten Körperschaften oder Verbände durch Zahlung von Beiträgen oder Zuschüssen oder in anderer Weise beteiligt ist. Die Entscheidung, ob die Voraussetzungen erfüllt sind, trifft das für das Besoldungsrecht zuständige Ministerium oder die von ihm bestimmte Stelle.

(7) Die Bezügestellen des öffentlichen Dienstes (Absatz 6) dürfen die zur Durchführung dieser Vorschrift erforderlichen personenbezogenen Daten erheben und untereinander austauschen.

§ 56 Auslandskinderzuschlag

(1) Beamte, Richter und Soldaten, denen Kindergeld nach den Vorschriften des Einkommenssteuergesetzes zusteht oder ohne Berücksichtigung des § 63 Abs. 1 Satz 3 oder § 65 des Einkommenssteuergesetzes zustehen würde, erhalten Auslandskinderzuschlag nach der Anlage Vli für Kinder, die sich nicht nur vorübergehend

1. im Ausland aufhalten,
2. im Inland aufhalten, wenn dort kein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit sorgeberechtigt ist oder war.

§ 40 Abs. 5 Satz 3 findet entsprechende Anwendung. Im Falle des Satzes 1 Nr. 2 wird ein Kaufkraftausgleich nicht vorgenommen.

(2) Auslandskinderzuschlag nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 wird auch gewährt für Kinder in der Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten, wenn und soweit sich der Beginn des nächsten Ausbildungsabschnitts durch die Auslandsverwendung des Beamten, Richters oder Soldaten verzögert hat, höchstens jedoch für ein Jahr.

(3) Der Auslandskinderzuschlag wird vom Beginn des Monats an gewährt, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind; er wird bis zum Ende des Monats gewährt, in dem die Anspruchsvoraussetzungen wegfallen; § 53 bleibt unberührt.

Beamtenversorgungsgesetz

§ 2 Arten der Versorgung

(1) Versorgungsbezüge sind

1. Ruhegehalt oder Unterhaltsbeitrag,
2. Hinterbliebenenversorgung,
3. Bezüge bei Verschollenheit,
4. Unfallfürsorge,
5. Übergangsgeld,
6. Ausgleich bei besonderen Altersgrenzen,
7. Erhöhungsbetrag nach § 14 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1,
8. Unterschiedsbetrag nach § 50 Abs. 1 Satz 2,
9. Leistungen nach den §§ 50 a bis 50 e,
10. Ausgleichsbetrag nach § 50 Abs. 3,
11. Anpassungszuschlag nach § 69 b Abs. 2 Satz 5.

§ 14 Höhe des Ruhegehalts

(4) Das Ruhegehalt beträgt mindestens fünfunddreißig vom Hundert der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge (§ 5). An die Stelle des Ruhegehalts nach Satz 1 treten, wenn dies günstiger ist, fünfundsechzig vom Hundert der jeweils ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe A 4. Die Mindestversorgung nach Satz 2 erhöht sich um sechzig Deutsche Mark für den Ruhestandsbeamten und die Witwe; der Erhöhungsbetrag bleibt bei einer Kürzung nach § 25 außer Betracht. Bleibt ein Beamter allein wegen langer Freistellungszeiten (§ 5 Abs. 1 Satz 2) mit seinem erdienten Ruhegehalt hinter der Mindestversorgung nach Satz 1 oder 2 zurück, wird nur das erdiente Ruhegehalt gezahlt; dies gilt nicht, wenn ein Beamter wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand getreten ist.

§ 18 Sterbegeld

(2) Sind Anspruchsberechtigte im Sinne des Absatzes 1 nicht vorhanden, so ist Sterbegeld auf Antrag zu gewähren

1. Verwandten der aufsteigenden Linie, Geschwistern, Geschwisterkindern sowie Stiefkindern, wenn sie zur Zeit des Todes des Beamten mit diesem in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder wenn der Verstorbene ganz oder überwiegend ihr Ernährer gewesen ist,
2. sonstigen Personen, die die Kosten der letzten Krankheit oder der Bestattung getragen haben, bis zur Höhe ihrer Aufwendungen, höchstens jedoch in Höhe des Sterbegeldes nach Absatz 1 Satz 2 und 3.

§ 35 Unfallausgleich

(1) Ist der Verletzte infolge des Dienstunfalles in seiner Erwerbsfähigkeit länger als sechs Monate wesentlich beschränkt, so erhält er, solange dieser Zustand andauert, neben den Dienstbezügen, den Anwarterbezügen oder dem Ruhegehalt einen Unfallausgleich. Dieser wird in Höhe der Grundrente nach § 31 Abs. 1 bis 4 des Bundesversorgungsgesetzes gewährt.

(2) Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist nach der körperlichen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen. Hat bei Eintritt des Dienstunfalles eine abschätzbare Minderung

der Erwerbsfähigkeit bereits bestanden, so ist für die Berechnung des Unfallausgleichs von der individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten, die unmittelbar vor dem Eintritt des Dienstunfalles bestand, auszugehen und zu ermitteln, welcher Teil dieser individuellen Erwerbsfähigkeit durch den Dienstunfall gemindert wurde. Beruht die frühere Erwerbsminderung auf einem Dienstunfall, so kann ein einheitlicher Unfallausgleich festgesetzt werden. Für äußere Körperschäden können Mindestvomhundertsätze festgesetzt werden.

(3) Der Unfallausgleich wird neu festgestellt, wenn in den Verhältnissen, die für die Feststellung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Zu diesem Zweck ist der Beamte verpflichtet, sich auf Anordnung der obersten Dienstbehörde durch einen von ihr bestimmten Arzt untersuchen zu lassen; die oberste Dienstbehörde kann diese Befugnis auf andere Stellen übertragen.

(4) Der Unfallausgleich wird auch während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge gewährt.

§ 43

Einmalige Unfallentschädigung und einmalige Entschädigung

(1) Ein Beamter, der einen Dienstunfall der in § 37 bezeichneten Art erleidet, erhält neben einer beamtenrechtlichen Versorgung bei Beendigung des Dienstverhältnisses eine einmalige Unfallentschädigung von 80 000 Euro, wenn er infolge des Unfalles in seiner Erwerbsfähigkeit in diesem Zeitpunkt um wenigstens 50 vom Hundert beeinträchtigt ist.

(2) Ist ein Beamter an den Folgen eines Dienstunfalles der in § 37 bezeichneten Art verstorben, wird seinen Hinterbliebenen eine einmalige Unfallentschädigung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen gewährt:

1. Die Witwe sowie die versorgungsberechtigten Kinder erhalten eine Entschädigung in Höhe von insgesamt 60 000 Euro.
2. Sind Anspruchsberechtigte im Sinne der Nummer 1 nicht vorhanden, so erhalten die Eltern und die in Nummer 1 bezeichneten, nicht versorgungsberechtigten Kinder eine Entschädigung in Höhe von insgesamt 20 000 Euro.
3. Sind Anspruchsberechtigte im Sinne der Nummern 1 und 2 nicht vorhanden, so erhalten die Großeltern und Enkel eine Entschädigung in Höhe von insgesamt 10 000 Euro.

(3) Die Absätze 1 bis 2 gelten entsprechend, wenn ein Beamter, der

1. als Angehöriger des besonders gefährdeten fliegenden Personals während des Flugdienstes,
2. als Helm- oder Schwimmtaucher während des besonders gefährlichen Tauchdienstes,
3. im Bergrettungsdienst während des Einsatzes und der Ausbildung oder
4. als Angehöriger des besonders gefährdeten Munitionsuntersuchungspersonals während des dienstlichen Umgangs mit Munition oder
5. als Angehöriger eines Verbandes der Bundespolizei für besondere polizeiliche Einsätze oder eines entsprechenden Polizeiverbandes der Länder bei einer besonders gefährlichen Diensthandlung im Einsatz oder in der Ausbildung dazu oder
6. im Einsatz beim Ein- oder Aushängen von Außenlasten bei einem Drehflügelflugzeug einen Unfall erleidet, der nur auf die eigentümlichen Verhältnisse des Dienstes nach den Nummern 1 bis 6 zurückzuführen ist. Die Bundesregierung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Personenkreis des Satzes 1 und die zum Dienst im Sinne des Satzes 1 gehörenden dienstlichen Verrichtungen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für andere Angehörige des öffentlichen Dienstes, zu deren Dienstobliegenheiten Tätigkeiten der in Satz 1 Nr. 1 bis 6 bezeichneten Art gehören.

(4) (weggefallen)

(5) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn ein Beamter oder ein anderer Angehöriger des öffentlichen Dienstes einen Einsatzunfall oder ein diesem gleichstehendes Ereignis im Sinne des § 31 a erleidet.

(6) Die Hinterbliebenen erhalten eine einmalige Entschädigung nach Maßgabe des Absatzes 2, wenn ein Beamter oder ein anderer Angehöriger des öffentlichen Dienstes an den Folgen eines Einsatzunfalls oder eines diesem gleichstehenden Ereignisses im Sinne des § 31 a verstorben ist.

(7) Für die einmalige Entschädigung nach den Absätzen 5 und 6 gelten § 31 Abs. 5 und § 31 a Abs. 4 entsprechend. Besteht auf Grund derselben Ursache Anspruch sowohl auf eine einmalige Unfallentschädigung nach den Absätzen 1 bis 3 als auch auf eine einmalige Entschädigung nach Absatz 5 oder 6, wird nur die einmalige Entschädigung gewährt.

§ 47 Übergangsgeld

(1) Ein Beamter mit Dienstbezügen, der nicht auf eigenen Antrag entlassen wird, erhält als Übergangsgeld nach vollendeter einjähriger Beschäftigungszeit das Einfache und bei längerer Beschäftigungszeit für jedes weitere volle Jahr ihrer Dauer die Hälfte, insgesamt höchstens das Sechsfache der Dienstbezüge (§ 1 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 des Bundesbesoldungsgesetzes) des letzten Monats. § 5 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Das Übergangsgeld wird auch dann gewährt, wenn der Beamte im Zeitpunkt der Entlassung ohne Dienstbezüge beurlaubt war. Maßgebend sind die Dienstbezüge, die der Beamte im Zeitpunkt der Entlassung erhalten hätte.

(2) Als Beschäftigungszeit gilt die Zeit ununterbrochener hauptberuflicher entgeltlicher Tätigkeit im Dienste desselben Dienstherrn oder der Verwaltung, deren Aufgaben der Dienstherr übernommen hat, sowie im Falle der Versetzung die entsprechende Zeit im Dienste des früheren Dienstherrn; die vor einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge liegende Beschäftigungszeit wird mit berücksichtigt. Zeiten mit einer Ermäßigung der regelmäßigen Arbeitszeit sind nur zu dem Teil anzurechnen, der dem Verhältnis der ermäßigten zur regelmäßigen Arbeitszeit entspricht.

(3) Das Übergangsgeld wird nicht gewährt, wenn

1. der Beamte wegen eines Verhaltens im Sinne der §§ 28, 29 und 31 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesbeamtengesetzes oder des entsprechenden Landesrechts oder des § 33 Abs. 2 des Beamtenrechtsrahmengesetzes entlassen wird oder
2. ein Unterhaltsbeitrag nach § 15 bewilligt wird oder
3. die Beschäftigungszeit als ruhegehaltfähige Dienstzeit angerechnet wird oder
4. der Beamte mit der Berufung in ein Richterverhältnis oder mit der Ernennung zum Beamten auf Zeit entlassen wird.

(4) Das Übergangsgeld wird in Monatsbeträgen für die der Entlassung folgende Zeit wie die Dienstbezüge gezahlt. Es ist längstens bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem der Beamte die für sein Beamtenverhältnis bestimmte gesetzliche Altersgrenze erreicht hat. Beim Tode des Empfängers ist der noch nicht ausgezahlte Betrag den Hinterbliebenen in einer Summe zu zahlen.

(5) Bezieht der entlassene Beamte Erwerbs- oder Erwerbsersatzekommen im Sinne des § 53 Abs. 7, verringert sich das Übergangsgeld um den Betrag dieser Einkünfte.

§ 50 Familienzuschlag, Ausgleichsbetrag, jährliche Sonderzahlung

(1) Auf den Familienzuschlag (§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2) finden die für die Beamten geltenden Vorschriften des Besoldungsrechts Anwendung. Der Unterschiedsbetrag zwischen der Stufe 1 und der nach dem Besoldungsrecht in Betracht kommenden Stufe des Familienzuschlags wird neben dem Ruhegehalt gezahlt. Er wird unter Berücksichtigung der nach den Verhältnissen des Beamten oder Ruhestandsbeamten für die Stufen des Familienzuschlags in Betracht kommenden Kinder neben dem Witwengeld gezahlt, soweit die Witwe Anspruch auf Kindergeld für diese Kinder hat oder ohne Berücksichtigung der §§ 64, 65 des Einkommensteuergesetzes oder der §§ 3, 4 des

Bundeskindergeldgesetzes haben würde; soweit hiernach ein Anspruch auf den Unterschiedsbetrag nicht besteht, wird er neben dem Waisengeld gezahlt, wenn die Waise bei den Stufen des Familienzuschlags zu berücksichtigen ist oder zu berücksichtigen wäre, wenn der Beamte oder Ruhestandsbeamte noch lebte. Sind mehrere Anspruchsberechtigte vorhanden, wird der Unterschiedsbetrag auf die Anspruchsberechtigten nach der Zahl der auf sie entfallenden Kinder zu gleichen Teilen aufgeteilt.

§ 57

Kürzung der Versorgungsbezüge nach der Ehescheidung

(1) Sind Anwartschaften in einer gesetzlichen Rentenversicherung nach § 1587 b Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs durch Entscheidung des Familiengerichts begründet worden, werden nach Wirksamkeit dieser Entscheidung die Versorgungsbezüge des verpflichteten Ehegatten und seiner Hinterbliebenen nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften um den nach Absatz 2 oder 3 berechneten Betrag gekürzt. Das Ruhegehalt, das der verpflichtete Ehegatte im Zeitpunkt der Wirksamkeit der Entscheidung des Familiengerichts über den Versorgungsausgleich erhält, wird erst gekürzt, wenn aus der Versicherung des berechtigten Ehegatten eine Rente zu gewähren ist. Das einer Vollwaise zu gewährende Waisengeld wird nicht gekürzt, wenn nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherungen die Voraussetzungen für die Gewährung einer Waisenrente aus der Versicherung des berechtigten Ehegatten nicht erfüllt sind.

(2) Der Kürzungsbetrag für das Ruhegehalt berechnet sich aus dem Monatsbetrag der durch die Entscheidung des Familiengerichts begründeten Anwartschaften. Dieser Monatsbetrag erhöht oder vermindert sich bei einem Beamten um die Vomhundertsätze der nach dem Ende der Ehezeit bis zum Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand eingetretenen Erhöhungen oder Verminderungen der beamtenrechtlichen Versorgungsbezüge, die in festen Beträgen festgesetzt sind. Vom Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand an, bei einem Ruhestandsbeamten vom Tag nach dem Ende der Ehezeit an, erhöht oder vermindert sich der Kürzungsbetrag in dem Verhältnis, in dem sich das Ruhegehalt vor Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften durch Anpassung der Versorgungsbezüge erhöht oder vermindert.

(3) Der Kürzungsbetrag für das Witwen- und Waisengeld berechnet sich aus dem Kürzungsbetrag nach Absatz 2 für das Ruhegehalt, das der Beamte erhalten hat oder hätte erhalten können, wenn er am Todestag in den Ruhestand getreten wäre, nach den Anteilssätzen des Witwen- oder Waisengeldes.

(4) Ein Unterhaltsbeitrag nach § 22 Abs. 2 oder 3 oder nach entsprechendem bisherigen Recht und eine Abfindungsrente nach bisherigem Recht (§ 153 des Bundesbeamtengesetzes und entsprechende Vorschriften) werden nicht gekürzt.

(5) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 2 und des § 5 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich vom 21. Februar 1983 (BGBl. I S. 105) steht die Zahlung des Ruhegehalts des verpflichteten Ehegatten für den Fall rückwirkender oder erst nachträglich bekannt werdender Rentengewährung an den berechtigten Ehegatten unter dem Vorbehalt der Rückforderung.

Europaabgeordnetengesetz

§ 11

Zuschuß zu den Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, Unterstützungen

Die Vorschriften des Sechsten Abschnitts des Abgeordnetengesetzes finden Anwendung.

Abgeordnetengesetz

§ 27

Zuschuss zu den Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen

(1) Die Mitglieder des Bundestages erhalten einen Zuschuß zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege-, und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der für Bundesbeamte geltenden Vorschriften. Das gilt auch für Versorgungsempfänger nach diesem Gesetz, soweit nicht auf Grund eines Dienstverhältnisses oder der Mitgliedschaft in einer anderen gesetzgebenden Körperschaft ein Anspruch auf Beihilfe besteht und auf den Anspruch nach diesem Gesetz gegenüber dem Bundestag schriftlich verzichtet wurde.

(2) Anstelle des Anspruchs auf den Zuschuß nach Absatz 1 erhalten die Mitglieder und Versorgungsempfänger einen Zuschuß zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen, wenn der Arbeitgeber keine Beiträge nach § 249 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches zahlt oder kein Anspruch auf einen Beitragszuschuß nach § 257 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches besteht. Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und entweder den darauf entfallenden Krankenversicherungsbeitrag nach § 249a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur zur Hälfte tragen oder gemäß § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch einen Beitragszuschuß beziehen, erhalten für diesen rentenbezogenen Krankenversicherungsbeitrag keinen Zuschuß. Als Zuschuß ist die Hälfte des aus eigenen Mitteln geleisteten Krankenversicherungsbeitrages zu zahlen. Besteht die Mitgliedschaft nicht ausschließlich in einer gesetzlichen Krankenkasse gemäß § 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, beträgt der Zuschuß höchstens die Hälfte des Höchstbeitrages der im Falle der Versicherungspflicht zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse.

(3) Der Anspruch auf den Zuschuß zu den Krankenversicherungsbeiträgen nach Absatz 2 schließt bei Mitgliedern des Bundestages ein den Anspruch auf einen Zuschuss in Höhe der Hälfte des aus eigenen Mitteln geleisteten Pflegeversicherungsbeitrages, höchstens jedoch die Hälfte des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung.

(4) Die Entscheidung darüber, ob das Mitglied anstelle der Leistungen nach Absatz 1 den Zuschuß nach Absatz 2 in Anspruch nehmen will, ist innerhalb von vier Monaten nach Feststellung des Bundeswahlausschusses (§ 42 Abs. 2 Satz 1 des Bundeswahlgesetzes) oder Annahme des Mandats dem Präsidenten des Bundestages mitzuteilen; die Entscheidung ist für die Dauer der Wahlperiode unwiderruflich. Versorgungsempfänger haben die Entscheidung innerhalb von vier Monaten nach Zustellung des Versorgungsbescheides dem Präsidenten mitzuteilen; sie bleiben an diese Entscheidung gebunden.

Einkommensteuergesetz

§ 2

Umfang der Besteuerung, Begriffsbestimmungen

(3) Die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug nach § 13 Abs. 3, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte.

§ 32

Kinder, Freibeträge für Kinder

(6) Bei der Veranlagung zur Einkommensteuer wird für jedes zu berücksichtigende Kind des Steuerpflichtigen ein Freibetrag von 1 932 Euro für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag) sowie ein Freibetrag von 1 080 Euro für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes vom Einkommen abgezogen. Bei Ehegatten, die nach den §§ 26,

26b zusammen zur Einkommensteuer veranlagt werden, verdoppeln sich die Beträge nach Satz 1, wenn das Kind zu beiden Ehegatten in einem Kindschaftsverhältnis steht. Die Beträge nach Satz 2 stehen dem Steuerpflichtigen auch dann zu, wenn

1. der andere Elternteil verstorben oder nicht unbeschränkt einkommensteuerpflichtig ist oder
2. der Steuerpflichtige allein das Kind angenommen hat oder das Kind nur zu ihm in einem Pflegekindschaftsverhältnis steht.

Für ein nicht nach § 1 Abs. 1 oder 2 unbeschränkt einkommensteuerpflichtiges Kind können die Beträge nach den Sätzen 1 bis 3 nur abgezogen werden, soweit sie nach den Verhältnissen seines Wohnsitzstaates notwendig und angemessen sind. Für jeden Kalendermonat, in dem die Voraussetzungen für einen Freibetrag nach den Sätzen 1 bis 4 nicht vorliegen, ermäßigen sich die dort genannten Beträge um ein Zwölftel. Abweichend von Satz 1 wird bei einem unbeschränkt einkommensteuerpflichtigen Elternpaar, bei dem die Voraussetzungen des § 26 Abs. 1 Satz 1 nicht vorliegen, auf Antrag eines Elternteils der dem anderen Elternteil zustehende Kinderfreibetrag auf ihn übertragen, wenn er, nicht jedoch der andere Elternteil seiner Unterhaltungspflicht gegenüber dem Kind für das Kalenderjahr im Wesentlichen nachkommt; bei minderjährigen Kindern wird der dem Elternteil, in dessen Wohnung das Kind nicht gemeldet ist, zustehende Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf auf Antrag des anderen Elternteils auf diesen übertragen. Die den Eltern nach den Sätzen 1 bis 6 zustehenden Freibeträge können auf Antrag auch auf einen Stiefelternteil oder Großelternteil übertragen werden, wenn dieser das Kind in seinen Haushalt aufgenommen hat; dies kann auch mit Zustimmung des berechtigten Elternteils geschehen, die nur für künftige Kalenderjahre widerrufen werden kann.

Bundesversorgungsgesetz

§ 10

(1) Heilbehandlung wird Beschädigten für Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind, gewährt, um die Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben, die Folgen der Schädigung zu erleichtern oder um den Beschädigten entsprechend den in § 4 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch genannten Zielen eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Ist eine Gesundheitsstörung nur im Sinne der Verschlimmerung als Folge einer Schädigung anerkannt, wird abweichend von Satz 1 Heilbehandlung für die gesamte Gesundheitsstörung gewährt, es sei denn, daß die als Folge einer Schädigung anerkannte Gesundheitsstörung auf den Zustand, der Heilbehandlung erfordert, ohne Einfluß ist.

(2) Heilbehandlung wird Schwerbeschädigten auch für Gesundheitsstörungen gewährt, die nicht als Folge einer Schädigung anerkannt sind.

(3) Versehrtenleibesübungen werden Beschädigten zur Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit gewährt.

(4) Krankenbehandlung wird

- a) dem Schwerbeschädigten für den Ehegatten oder Lebenspartner und für die Kinder (§ 33b Abs. 1 bis 4) sowie für sonstige Angehörige, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihm überwiegend unterhalten werden,
- b) dem Empfänger einer Pflegezulage für Personen, die seine unentgeltliche Wartung und Pflege nicht nur vorübergehend übernommen haben,
- c) den Witwen und hinterbliebenen Lebenspartnern (§§ 38, 42 bis 44 und 48), Waisen (§§ 45 und 48) und versorgungsberechtigten Eltern (§§ 49 bis 51)

gewährt, um Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten,

körperliche Beschwerden zu beheben oder die Folgen der Behinderung zu erleichtern. Die unter Buchstabe c genannten Berechtigten erhalten Krankenbehandlung auch zu dem Zweck, ihnen entsprechend den in § 4 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch genannten Zielen eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Bisherige Leistungsempfänger (Satz 1 Buchstaben a und b), die nach dem Tode des Schwerbeschädigten nicht zu dem Personenkreis des Satzes 1 Buchstabe c gehören, können weiter Krankenbehandlung erhalten, wenn sie einen wirksamen Krankenversicherungsschutz unter zumutbaren Bedingungen nicht erreichen können.

(5) Krankenbehandlung wird ferner gewährt,
a) Beschädigten mit einem Grad der Schädigungsfolgen von weniger als 50 für sich und für die in Absatz 4 Buchstabe a genannten Angehörigen,
b) Witwen und hinterbliebenen Lebenspartnern (§§ 38, 42 bis 44 und 48) für die in Absatz 4 Buchstabe a genannten Angehörigen,
sofern der Berechtigte an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnimmt. Das Gleiche gilt bei einer vorübergehenden Unterbrechung der Teilnahme aus gesundheitlichen oder sonstigen von dem Berechtigten nicht zu vertretenden Gründen.

(6) Berechtigten, die die Voraussetzungen der Absätze 2, 4 oder 5 erfüllen, werden für sich und die Leistungsempfänger Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gewährt. Außerdem sollen Leistungen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe nach Maßgabe des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden. Für diese Leistungen gelten die Vorschriften über die Heil- und die Krankenbehandlung mit Ausnahme des Absatzes 1 entsprechend; für Kurleistungen gelten § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3 und 4.

(7) Die Ansprüche nach den Absätzen 2, 4, 5 und 6 sind ausgeschlossen,
a) wenn der Berechtigte ein Einkommen hat, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt, es sei denn, daß der Berechtigte Anspruch auf Pflegezulage hat oder die Heilbehandlung wegen der als Folge einer Schädigung anerkannten Gesundheitsstörung nicht durch eine Krankenversicherung sicherstellen kann, oder
b) wenn der Berechtigte oder derjenige, für den Krankenbehandlung begehrt wird (Leistungsempfänger), nach dem 31. Dezember 1982 von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Antrag befreit worden ist oder
c) wenn der Leistungsempfänger ein Einkommen hat, daß die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt, es sei denn, daß der Berechtigte Anspruch auf Pflegezulage hat, oder
d) wenn ein Sozialversicherungsträger zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist oder
e) wenn Anspruch auf entsprechende Leistungen aus einem Vertrag, ausgenommen Ansprüche aus einer privaten Kranken- oder Unfallversicherung, besteht oder
f) wenn und soweit die Heil- oder Krankenbehandlung durch ein anderes Gesetz sichergestellt ist. Entsprechende Leistungen im Sinne dieses Absatzes sind Leistungen, die nach ihrer Zweckbestimmung und der Art der Leistungserbringung übereinstimmen. Sachleistungen anderer Träger, die dem gleichen Zweck dienen wie Kostenübernahmen, Geldleistungen oder Zuschüsse nach diesem Gesetz, gelten im Verhältnis zu diesen Leistungen als entsprechende Leistungen. Die Ansprüche, die ein Berechtigter nach den Absätzen 2, 4, 5 und 6 für sich hat, werden nicht dadurch ausgeschlossen, daß er nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist.

(8) Heil- oder Krankenbehandlung kann auch vor der Anerkennung eines Versorgungsanspruchs gewährt werden.

§ 26c

(1) Beschädigten und Hinterbliebenen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen

im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu erbringen. Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und behinderten Menschen zu erbringen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen; für die Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Hilfen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen. § 35 bleibt unberührt.

(2) Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Pflegehilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Der Inhalt der Leistungen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Sozialen Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Leistungen; § 28 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(3) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen,
4. andere Krankheiten oder Behinderungen, infolge derer Personen Pflegebedürftig im Sinne des Absatzes 1 sind.

(4) Der Bedarf im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Die Verordnung nach § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Verordnung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur näheren Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, des Inhalts der Pflegeleistung, der Unterkunft und Verpflegung und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach Absatz 8 entsprechende Anwendung. Die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ist auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zugrunde zu legen, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind.

(7) Reicht im Falle des Absatzes 1 häusliche Pflege aus, soll der Träger der Kriegsopferfürsorge darauf hinwirken, daß die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Personen, die den Pflegebedürftigen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen werden. Das Nähere regeln die Absätze 8 bis 12. In einer stationären oder teilstationären Einrichtung erhalten Pflegebedürftige keine Leistungen zur häuslichen Pflege.

(8) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benö-

tigen (erheblich Pflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Bei pflegebedürftigen Kindern ist der infolge Krankheit oder Behinderung gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind zusätzliche Pflegebedarf maßgebend.

(9) Pflegebedürftigen im Sinne des Absatzes 1 sind die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen gewährt sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Pflege nach Absatz 7 Satz 1 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, so sind die angemessenen Kosten zu übernehmen. Pflegebedürftigen, die Pflegegeld erhalten, sind zusätzlich die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

(10) Leistungen nach den Absätzen 2, 8 und 9 Satz 3 werden nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften erhalten. Auf das Pflegegeld sind anzurechnen: Leistungen nach § 27d Abs. 1 Nr. 4 oder ihnen gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften mit 70 vom Hundert, Pflegegelder nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch jedoch in dem Umfang, in dem sie erbracht werden. Die Leistungen nach Absatz 9 werden neben den Leistungen nach Absatz 8 erbracht. Werden Leistungen nach Absatz 9 Satz 1 und 2 oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften erbracht, kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden. Bei teilstationärer Betreuung der Pflegebedürftigen kann das Pflegegeld angemessen gekürzt werden. Leistungen nach Absatz 9 Satz 1 und 2 werden insoweit nicht erbracht, als Pflegebedürftige in der Lage sind, entsprechende Leistungen nach anderen Vorschriften in Anspruch zu nehmen. § 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(11) Bei der Festsetzung der Einkommensgrenze ist

- a) bei Pflege in einer stationären Einrichtung, wenn sie voraussichtlich auf längere Zeit erforderlich ist, sowie bei häuslicher Pflege, wenn der in Absatz 8 Satz 1 oder 2 genannte Schweregrad der Hilflosigkeit besteht, § 27d Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2,
- b) bei dem Pflegegeld nach Absatz 8 Satz 3, § 27d Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 sowie § 27d Abs. 5 Satz 2 und 3

entsprechend anzuwenden.

(12) Beschädigte haben bei der Hilfe zur Pflege für ein volljähriges Kind Einkommen und Vermögen bis zur Höhe des Betrages nach § 27h Abs. 2 Satz 3 einzusetzen, soweit das Einkommen die für die Leistung maßgebliche Einkommensgrenze nach § 25e Abs. 1 oder § 26c Abs. 11 oder das Vermögen die Vermögensgrenze nach § 25f übersteigt.

§ 35

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 266 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung

so schwer, daß sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 455, 645, 829, 1.078 oder 1.325 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung ein-

schließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Bundesreisekostengesetz

§ 5

Wegstreckenentschädigung

(1) Für Fahrten mit anderen als den in § 4 genannten Beförderungsmitteln wird eine Wegstreckenentschädigung gewährt. Sie beträgt bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder eines anderen motorbetriebenen Fahrzeuges 20 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke, höchstens jedoch 130 Euro. Die oberste Bundesbehörde kann den Höchstbetrag auf 150 Euro festsetzen, wenn dienstliche Gründe dies im Einzelfall oder allgemein erfordern.

§ 7

Übernachtungsgeld

(1) Für eine notwendige Übernachtung erhalten Dienstreisende pauschal 20 Euro. Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.

Krankenhausentgeltgesetz

§ 2

Krankenhausleistungen

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
 3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
 4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
 5. die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
- Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.

§ 16 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

Bis zum 31. Dezember 2004 richten sich die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen und belegärztlichen Leistungen sowie die Kostenerstattung der Ärzte nach den §§ 22 bis 24 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung.

§ 17 Wahlleistungen

(1) Neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt oder einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes erbracht werden. Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für nichtärztliche Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben.

(2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluss der Vereinbarung schriftlich über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten. Die Art der Wahlleistungen ist der zuständigen Landesbehörde zusammen mit dem Genehmigungsantrag nach § 14 mitzuteilen.

(3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhaus umgehend die zur Ermittlung der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhaus die Möglichkeit einzuräumen, die Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhaus durchgeführt, leitet dieses die Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten und der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Personenbezogene Daten dürfen an eine beauftragte Abrechnungsstelle außerhalb des Krankenhauses nur mit Einwilligung des Betroffenen, die jederzeit widerrufen werden kann, übermittelt werden. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt.

(4) Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden.

(5) Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, müssen die Wahlleistungsentgelte mindestens die dafür nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, 5 und 7 der Bundespflegesatzverordnung abzuziehenden Kosten decken.

Melderechtsrahmengesetz

§ 12 Mehrere Wohnungen

(2) Hauptwohnung ist die vorwiegend benutzte Wohnung des Einwohners. Hauptwohnung eines verheirateten oder eine Lebenspartnerschaft führenden Einwohners, der nicht dauernd getrennt von seiner Familie oder seinem Lebenspartner lebt, ist die vorwiegend benutzte Wohnung der Familie oder der Lebenspartner. Hauptwohnung eines minderjährigen Einwohners ist die Wohnung der Personensorgeberechtigten; leben diese getrennt, ist Hauptwohnung die Wohnung des Personensorgeberechtigten, die von dem Minderjährigen vorwiegend benutzt wird. Auf Antrag eines Einwohners, der in einer Einrichtung für behinderte Menschen untergebracht ist, bleibt die Wohnung nach Satz 3 bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres seine Hauptwohnung. In Zweifelsfällen ist die vorwiegend benutzte Wohnung dort, wo der Schwerpunkt der Lebensbeziehungen des Einwohners liegt. Kann der Wohnungsstatus eines verheirateten oder eine Lebenspartnerschaft führenden Einwohners nach den Sätzen 2 und 5 nicht zweifelsfrei bestimmt werden, ist Hauptwohnung die Wohnung nach Satz 1.

Psychotherapeutengesetz

§ 2 Approbation

- (1) Eine Approbation nach § 1 Abs. 1 Satz 1 ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller
1. Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes, Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder heimatloser Ausländer im Sinne des Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer ist,
 2. die vorgeschriebene Ausbildung abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden hat,
 3. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt,
 4. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und
 5. über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

(2) Die Voraussetzung des Absatzes 1 Nr. 2 gilt als erfüllt, wenn aus einem in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbenen Diplom hervorgeht, dass der Inhaber eine Ausbildung erworben hat, die in diesem Staat für den unmittelbaren Zugang zu einem dem Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten oder dem Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechenden Beruf erforderlich ist. Diplome im Sinne dieses Gesetzes sind Ausbildungsnachweise gemäß Artikel 3 Abs. 1 Buchstabe c der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) in der jeweils geltenden Fassung, die dem in Artikel 11 Buchstabe d oder Buchstabe e der Richtlinie genannten Niveau entsprechen. Satz 2 gilt auch für einen Ausbildungsnachweis oder eine Gesamtheit von Ausbildungsnachweisen, die von einer zuständigen Behörde in einem Mitgliedstaat ausgestellt wurden, sofern sie eine in der Gemeinschaft erworbene abgeschlossene Ausbildung bescheinigen, von diesem Mitgliedstaat als gleichwertig anerkannt wurden und in Bezug auf die Aufnahme oder Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dieselben Rechte verleihen oder auf die Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeu-

ten oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorbereiten. Satz 2 gilt ferner für Berufsqualifikationen, die zwar nicht den Erfordernissen der Rechts- oder Verwaltungsvorschriften des Herkunftsmitgliedstaats für die Aufnahme oder Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen, ihrem Inhaber jedoch nach dem Recht des Herkunftsmitgliedstaats erworbene Rechte nach den dort maßgeblichen Vorschriften verleihen. Antragsteller mit einem Ausbildungsnachweis aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum haben einen höchstens dreijährigen Anpassungslehrgang zu absolvieren oder eine Eignungsprüfung abzulegen, wenn

1. ihre nachgewiesene Ausbildungsdauer mindestens ein Jahr unter der in diesem Gesetz geregelten Ausbildungsdauer liegt,
2. ihre Ausbildung sich auf Fächer bezieht, die sich wesentlich von denen unterscheiden, die durch die Ausbildung nach diesem Gesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgeschrieben sind,
3. der Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine oder mehrere reglementierte Tätigkeiten umfasst, die im Herkunftsmitgliedstaat des Antragstellers nicht Bestandteil des dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechenden Berufs sind, und wenn diese Unterschiede in einer besonderen Ausbildung bestehen, die nach diesem Gesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gefordert wird, und sich auf Fächer beziehen, die sich wesentlich von denen unterscheiden, die von dem Ausbildungsnachweis abgedeckt werden, den der Antragsteller vorlegt, oder
4. ihr Ausbildungsnachweis lediglich eine Ausbildung auf dem in Artikel 11 Buchstabe c der Richtlinie genannten Niveau bescheinigt

und ihre nachgewiesene Berufserfahrung nicht zum Ausgleich der unter den Nummern 1 bis 4 genannten Unterschiede geeignet ist. Die Antragsteller haben das Recht, zwischen dem Anpassungslehrgang und der Eignungsprüfung zu wählen.

(2a) Die Voraussetzung des Absatzes 1 Nr. 2 gilt auch als erfüllt, wenn Antragsteller bei Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 1 eine in einem Drittland erworbene abgeschlossene Ausbildung in einem dem Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten oder dem Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechenden Beruf nachweisen und die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist. In die Prüfung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes sind die in anderen Staaten absolvierten Ausbildungsgänge oder die in anderen Staaten erworbene Berufserfahrung einzubeziehen. Die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes im Sinne des Satzes 1 wird anerkannt, wenn

1. die Antragsteller einen Ausbildungsnachweis vorlegen, aus dem sich ergibt, dass sie bereits in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum als Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut anerkannt wurden,
 2. sie über eine dreijährige Berufserfahrung in der Psychologischen Psychotherapie oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Hoheitsgebiet des Mitgliedstaats, der den Ausbildungsnachweis anerkannt hat, verfügen und
 3. der Mitgliedstaat, der die Ausbildung anerkannt hat, diese Berufserfahrung bescheinigt.
- Ist die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nach den Sätzen 1 bis 3 nicht gegeben oder ist eine Prüfung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nur mit unangemessenem zeitlichen oder sachlichen Aufwand möglich, weil die erforderlichen Unterlagen und Nachweise aus Gründen, die nicht in der Person der Antragsteller liegen, von diesen nicht vorgelegt werden können, ist ein gleichwertiger Kenntnisstand nachzuweisen. Der Nachweis wird durch das Ablegen einer Prüfung erbracht, die sich auf den Inhalt der staatlichen Abschlussprüfung erstreckt. Dabei hat sich diese Prüfung auf diejenigen Bereiche zu beschränken, in denen die vorhandene Ausbildung hinter der in diesem Gesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychothera-

peuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geregelten Ausbildung zurückbleibt.

(3) Ist die Voraussetzung nach Absatz 1 Nr. 1 nicht erfüllt, so kann die Approbation in besonderen Einzelfällen oder aus Gründen des öffentlichen Gesundheitsinteresses erteilt werden. Ist zugleich die Voraussetzung nach Absatz 1 Nr. 2 nicht erfüllt, so ist die Erteilung der Approbation nur zulässig, wenn der Antragsteller eine in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbene, den Voraussetzungen der Richtlinie 2005/36/EG entsprechende abgeschlossene Ausbildung nachweist. Absatz 2 gilt entsprechend. Für Personen mit einer außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeschlossenen Ausbildung gelten die Absätze 2 und 2a Satz 1, 3, 4 und 5 entsprechend.

(3a) Die Absätze 2, 2a und 3 gelten entsprechend für Drittstaaten und Drittstaatsangehörige, soweit sich hinsichtlich der Anerkennung von Ausbildungsnachweisen nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften eine Gleichstellung ergibt.

(4) Soll die Erteilung der Approbation wegen Fehlens einer der Voraussetzungen nach Absatz 1 abgelehnt werden, so ist der Antragsteller oder sein gesetzlicher Vertreter vorher zu hören.

(5) Ist gegen den Antragsteller wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich die Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergeben kann, ein Strafverfahren eingeleitet, so kann die Entscheidung über den Antrag auf Erteilung der Approbation bis zur Beendigung des Verfahrens ausgesetzt werden.

§ 12 Übergangsvorschriften

(1) Wer im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes, ohne Arzt zu sein, im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung an der psychotherapeutischen Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten im Delegationsverfahren nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 - BAnz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a - , zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 - BAnz. Nr. 49 S. 2946), als Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mitwirkt oder die Qualifikation für eine solche Mitwirkung erfüllt, erhält bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 auf Antrag eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach § 1 Abs. 1 Satz 1. Das gleiche gilt für Personen, die die für eine solche Mitwirkung vorausgesetzte Qualifikation bei Vollzeitausbildung innerhalb von drei Jahren, bei Teilzeitausbildung innerhalb von fünf Jahren, nach Inkrafttreten des Gesetzes erwerben.

(2) Wer im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes als Diplompsychologe eine Weiterbildung zum "Fachpsychologen in der Medizin" nach den Vorschriften der Anweisung über das postgraduale Studium für naturwissenschaftliche und technische Hochschulkader sowie Diplompsychologen und Diplomsoziologen im Gesundheitswesen vom 1. April 1981 (Verf. U. Mitt. MfG DDR Nr. 4 S. 61) erfolgreich abgeschlossen hat, erhält bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 auf Antrag eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten nach § 1 Abs. 1 Satz 1, wenn die dreijährige Weiterbildung vorwiegend auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten in der Psychotherapie ausgerichtet war.

(3) Personen mit einer bestandenen Abschlußprüfung im Studiengang Psychologie an einer Universität oder einer gleichstehenden Hochschule erhalten bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 auf Antrag eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten nach § 1 Abs. 1 Satz 1, wenn sie zwischen dem 1. Januar 1989 und dem 31. Dezember 1998 mit einer Gesamtdauer von mindestens sieben Jahren an der Versor-

gung von Versicherten einer Krankenkasse mitgewirkt haben oder ihre Leistungen während dieser Zeit von einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung vergütet oder von der Beihilfe als beihilfefähig anerkannt worden sind. Voraussetzung für die Erteilung der Approbation nach Satz 1 ist ferner, daß die Antragsteller

1. während des Zeitraums nach Satz 1 mindestens 4.000 Stunden psychotherapeutischer Berufstätigkeit oder 60 dokumentierte und abgeschlossene Behandlungsfälle sowie
2. mindestens 140 Stunden theoretischer Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren nachweisen. Personen im Sinne des Satzes 1, die das Erfordernis nach Satz 1 zweiter Halbsatz oder die Voraussetzung nach Satz 2 Nr. 1 nicht erfüllen, erhalten die Approbation nur, wenn sie nachweisen, daß sie bis zum 31. Dezember 1998
 1. mindestens 2.000 Stunden psychotherapeutischer Berufstätigkeit abgeleistet oder 30 dokumentierte Behandlungsfälle abgeschlossen,
 2. mindestens fünf Behandlungsfälle unter Supervision mit insgesamt mindestens 250 Behandlungsstunden abgeschlossen,
 3. mindestens 280 Stunden theoretischer Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren abgeleistet haben und
 4. am 24. Juni 1997 für die Krankenkasse tätig waren oder ihre Leistungen zu diesem Zeitpunkt von einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung vergütet oder von der Beihilfe als beihilfefähig anerkannt worden sind.

(4) Personen mit einer bestandenen Abschlußprüfung im Studiengang Psychologie an einer Universität oder einer gleichstehenden Hochschule erhalten bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 auf Antrag eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten nach § 1 Abs. 1 Satz 1, wenn sie nachweisen, daß sie zwischen dem 1. Januar 1989 und dem 31. Dezember 1998 mit einer Gesamtdauer von mindestens sieben Jahren als Angestellte oder Beamte

1. in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen oder neurologischen Einrichtung vorwiegend psychotherapeutisch tätig waren oder
2. hauptberuflich psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt haben.

Voraussetzung für die Erteilung der Approbation nach Satz 1 Nr. 1 und 2 ist ferner, dass die Antragsteller nachweisen, daß sie

1. in dem Zeitraum nach Satz 1 mindestens 4.000 Stunden einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik und Fallbesprechungen psychotherapeutisch tätig waren oder 60 dokumentierte Behandlungsfälle abgeschlossen und
2. mindestens 140 Stunden theoretische Ausbildung in dem Gebiet, in dem sie beschäftigt sind, abgeleistet haben.

Personen im Sinne des Satzes 1, die das Erfordernis nach Satz 1 zweiter Halbsatz oder die Voraussetzung nach Satz 2 Nr. 1 nicht erfüllen, wird die Approbation nur erteilt, wenn sie nachweisen, daß sie bis zum 31. Dezember 1998

1. mindestens 2.000 Stunden psychotherapeutischer Berufstätigkeit abgeleistet oder 30 dokumentierte Behandlungsfälle abgeschlossen,
2. mindestens fünf Behandlungsfälle unter Supervision mit insgesamt mindestens 250 Behandlungsstunden abgeschlossen,
3. mindestens 280 Stunden theoretischer Ausbildung in dem Gebiet, in dem sie beschäftigt sind, abgeleistet und
4. spätestens am 24. Juni 1997 ihre psychotherapeutische Beschäftigung aufgenommen haben.

(5) Für Personen mit einer bestandenen Abschlußprüfung im Studiengang Psychologie an einer Universität oder einer gleichstehenden Hochschule oder im Studiengang Pädagogik oder Sozialpädagogik an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule gelten die Absätze 3 und 4 für den Antrag auf Erteilung einer Approbation zur Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend.

Das Erste Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil –

§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat
1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

- (1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit
1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
 2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
 3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (2) Behandlungen und Untersuchungen,
1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
 3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahe stehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung) die Gefahr zuziehen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 65a Aufwendungsersatz

(1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.

(2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 2 Leistungen

(2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden; § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches finden Anwendung. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zwei-

- ten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
 3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
 4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
 6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
 7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
 8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
 9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
 10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
 11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,
 - 11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend.
 12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der

13. letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben, Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
- a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(4a) Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März

2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) nicht belegt

(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

§ 10 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2013 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zu-

ständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

§ 13 Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vor.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

§ 20d

Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes. Ausgenommen sind Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. Bei der erstmaligen Entscheidung nach Satz 3 muss der Gemeinsame Bundesausschuss zu allen zu diesem Zeitpunkt geltenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission einen Beschluss fassen. Die erste Entscheidung soll bis zum 30. Juni 2007 getroffen werden. Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nach den Sätzen 5 bis 7 nicht termin- oder fristgemäß zustande, dürfen insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen. Bis zum Vorliegen einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 5 gelten die bisherigen Satzungsregelungen zu Schutzimpfungen fort.

(3) Die Krankenkassen haben außerdem im Zusammenwirken mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, unbeschadet der Aufgaben anderer, gemeinsam und einheitlich Schutzimpfungen ihrer Versicherten zu fördern und sich durch Erstattung der Sachkosten an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Zur Durchführung der Maßnahmen und zur Erstattung der Sachkosten schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den in den Ländern dafür zuständigen Stellen.

§ 25

Gesundheitsuntersuchungen

(1) Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

(2) Versicherte haben höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an, Männer frühestens vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an.

(3) Voraussetzung für die Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass

1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

(4) Die Untersuchungen nach Absatz 1 und 2 sollen, soweit berufsrechtlich zulässig, zusammen angeboten werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 3. Er kann für geeignete Gruppen von Versicherten eine von Absatz 1 und 2 abweichende Altersgrenze und Häufigkeit der Untersuchungen bestimmen.

(5) In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ferner zu regeln, dass die Durchführung von Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig ist, wenn es zur Sicherung der Qualität der Untersuchungen geboten ist, dass Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken oder die teilnehmenden Ärzte eine Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder besondere technische Einrichtungen vorgehalten werden oder dass besonders qualifiziertes nichtärztliches Personal mitwirkt. Ist es erforderlich, dass die teilnehmenden Ärzte eine hohe Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder dass bei der Leistungserbringung Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken, legen die Richtlinien außerdem Kriterien für die Bemessung des Versorgungsbedarfs fest, so dass eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung gewährleistet ist. Die Auswahl der Ärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt auf der Grundlage der Bewertung ihrer Qualifikation und der geeigneten räumlichen Zuordnung ihres Praxissitzes für die Versorgung im Rahmen eines in den Richtlinien geregelten Ausschreibungsverfahrens. Die Genehmigung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen kann befristet und mit für das Versorgungsziel notwendigen Auflagen erteilt werden.

§ 26 Kinderuntersuchung

(1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, der Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 2 werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

(2) § 25 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen.

§ 27a Künstliche Befruchtung

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

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

(2) Absatz 1 gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.

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

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

§ 37a Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
2. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

(3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

§ 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 bis 4 gilt nicht.

(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 sowie den in § 46 Satz 2 genannten Mitgliedern Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die in § 46 Satz 2 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Sie hat hierfür entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt drei Jahre. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.

§ 75

Inhalt und Umfang der Sicherstellung

(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,16fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen nur bis zum 1,38fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen. Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

(3b) Die Vergütung für die in Absatz 3a Satz 2 genannten Leistungen kann in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 geregelt werden. Für den Verband der privaten Krankenversicherung gilt § 12 Abs. 1d des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend. Wird zwischen den Beteiligten nach Satz 1 keine Einigung über eine von Absatz 3a Satz 2 abweichende Vergütungsregelung erzielt, kann der Beteiligte, der die Abweichung verlangt, die Schiedsstelle nach Absatz 3c anrufen. Diese hat innerhalb von drei Monaten über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen. Die Schiedsstelle hat ihre Entscheidung so zu treffen, dass der Vertragsinhalt

1. den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten entspricht,
2. die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigt und
3. die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien für die Tarife der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten angemessen berücksichtigt.

Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter. Für die in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten und Tarife kann die Vergütung für die in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den entsprechenden Leistungserbringern oder den sie vertretenden Verbänden ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 und 3 geregelt werden; Satz 2 gilt entsprechend. Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 7 vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag weiter.

§ 91

Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zwei Stellvertreter sollen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden. Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben

ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt vier Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig.

(3) Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder gilt § 139c Abs. 1 entsprechend. Im Übrigen gilt § 90 Abs. 3 Satz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zur Geschäftsführung, zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, zum Vorsitz der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses trifft; in der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen.

Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 137 Abs. 3 Satz 7 bleibt unberührt.

(6) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(7) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung und zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. Halten der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich.

(8) Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(9) Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 bestellen den Vorsitzenden des Beschlussgremiums bis zum 31. Juli 2008. Der Vorsitzende setzt danach umgehend die Mitglieder des Beschlussgremiums sowie die weiteren unparteiischen Mitglieder ein. Die Bildung des Beschlussgremiums ist bis zum 30. September 2008 abzuschließen. Bis zur Bestellung des Vorsitzenden nimmt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 2 Satz 1 in der bis zum 30. Juni 2008 geltenden Fassung die Aufgaben des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses wahr.

schusses weiter wahr. Beschlüsse fasst der Gemeinsame Bundesausschuss bis zur Bestellung des Beschlussgremiums in der Besetzung der bis zum 30. Juni 2008 geltenden Regelungen.

§ 115a

Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 134a

Versorgung mit Hebammenhilfe

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und der Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen. Die Vertragspartner haben dabei den Bedarf der Versicherten an

Hebammenhilfe und deren Qualität, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen.

(2) Die Verträge nach Absatz 1 haben Rechtswirkung für freiberuflich tätige Hebammen, wenn sie

1. einem Verband nach Absatz 1 Satz 1 auf Bundes- oder Landesebene angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, dass die von dem Verband nach Absatz 1 abgeschlossenen Verträge Rechtswirkung für die dem Verband angehörenden Hebammen haben, oder
2. einem nach Absatz 1 geschlossenen Vertrag beitreten.

Hebammen, für die die Verträge nach Absatz 1 keine Rechtswirkung haben, sind nicht als Leistungserbringer zugelassen. Das Nähere über Form und Verfahren des Nachweises der Mitgliedschaft in einem Verband nach Satz 1 Nr. 1 sowie des Beitritts nach Satz 1 Nr. 2 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum Ablauf

a) der nach Absatz 1 Satz 1 bestimmten Frist oder

b) einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit

zu Stande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt. Im Falle des Satzes 1 Buchstabe b gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen sowie die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Hebammen in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 89 Abs. 3 Satz 5 und 6 entsprechend. Im Übrigen gilt § 129 Abs. 9 und 10 entsprechend.

(5) Als Hebammen im Sinne dieser Vorschrift gelten auch Entbindungspfleger.

§ 257

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

§ 291a
Elektronische Gesundheitskarte

(1) Die Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 1 wird bis spätestens zum 1. Januar 2006 zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung für die in den Absätzen 2 und 3 genannten Zwecke zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert.

(1a) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie die Absätze 3 bis 5, 6 und 8 entsprechend. Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten nach Satz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. Die Kosten zur Bildung der Versichertennummer und, sofern die Vergabe einer Rentenversicherungsnummer erforderlich ist, zur Vergabe der Rentenversicherungsnummer tragen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten.

(2) Die elektronische Gesundheitskarte hat die Angaben nach § 291 Abs. 2 zu enthalten und muss geeignet sein, Angaben aufzunehmen für

1. die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form sowie
2. den Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen im Geltungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2) und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 74 S. 1) in den jeweils geltenden Fassungen.

§ 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung.

(3) Über Absatz 2 hinaus muss die Gesundheitskarte geeignet sein, folgende Anwendungen zu unterstützen, insbesondere das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von

1. medizinischen Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind,
2. Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichten in elektronischer und maschinell verwertbarer Form für eine einrichtungsübergreifende, fallbezogene Kooperation (elektronischer Arztbrief),
3. Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit,
4. Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation über den Patienten (elektronische Patientenakte),
5. durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten sowie
6. Daten über in Anspruch genommene Leistungen und deren vorläufige Kosten für die Versicherten (§ 305 Abs. 2);

die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Nummer 1 muss auch auf der Karte ohne Netzzugang möglich sein. Spätestens bei der Versendung der Karte hat die Krankenkasse die Versicherten umfassend und in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der auf ihr oder durch sie zu erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden personenbezogenen Daten zu informieren. Mit dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten der Versicherten nach diesem Absatz darf erst begonnen werden, wenn die Versicherten jeweils gegenüber dem Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeuten oder Apotheker dazu ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligung ist bei erster Verwendung der Karte vom Leistungserbringer auf der Karte zu doku-

mentieren; die Einwilligung ist jederzeit widerruflich und kann auf einzelne Anwendungen nach diesem Absatz beschränkt werden. § 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung.

(4) Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten

1. nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ausschließlich

- a) Ärzte,
- b) Zahnärzte,
- c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,
- d) Personen, die
 - aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder
 - bb) in einem Krankenhausals berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,

e) sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen,

2. nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 5 ausschließlich

- a) Ärzte,
 - b) Zahnärzte,
 - c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,
 - d) Personen, die
 - aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder
 - bb) in einem Krankenhausals berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,
 - e) nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Notfällen auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 - f) Psychotherapeuten
- zugreifen. Die Versicherten haben das Recht, auf die Daten nach Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 zuzugreifen.

(5) Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 ist nur mit dem Einverständnis der Versicherten zulässig. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 2 bis 6 der Zugriff nur durch Autorisierung der Versicherten möglich ist. Der Zugriff auf Daten sowohl nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 als auch nach Absatz 3 Satz 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte darf nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis, im Falle des Absatzes 2 Satz 1 Nr. 1 auch in Verbindung mit einem entsprechenden Berufsausweis, erfolgen, die jeweils über eine Möglichkeit zur sicheren Authentifizierung und über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügen; im Falle des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 5 können die Versicherten auch mittels einer eigenen Signaturkarte, die über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, zugreifen. Zugriffsberechtigte Personen nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d und e sowie Nr. 2 Buchstabe d und e, die über keinen elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, können auf die entsprechenden Daten zugreifen, wenn sie hierfür von Personen autorisiert sind, die über einen elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, und wenn nachprüfbar elektronisch protokolliert wird, wer auf die Daten zugegriffen hat und von welcher Person die zugreifende Person autorisiert wurde. Der Zugriff auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte kann abweichend von den Sätzen 3 und 4 auch erfolgen, wenn die Versicherten den jeweiligen Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren autorisieren.

(5a) Die Länder bestimmen entsprechend dem Stand des Aufbaus der Telematikinfrastruktur

1. die Stellen, die für die Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufsausweise zuständig sind, und

2. die Stellen, die bestätigen, dass eine Person
 - a) befugt ist, einen der von Absatz 4 Satz 1 erfassten Berufe im Geltungsbereich dieses Gesetzes auszuüben oder, sofern für einen der in Absatz 4 Satz 1 erfassten Berufe lediglich die Führung der Berufsbezeichnung geschützt ist, die Berufsbezeichnung zu führen oder
 - b) zu den sonstigen Zugriffsberechtigten nach Absatz 4 gehört.

Die Länder können zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 gemeinsame Stellen bestimmen. Entfällt die Befugnis zur Ausübung des Berufs, zur Führung der Berufsbezeichnung oder sonst das Zugriffsrecht nach Absatz 4, hat die jeweilige Stelle nach Satz 1 Nr. 2 oder Satz 2 die herausgebende Stelle in Kenntnis zu setzen; diese hat unverzüglich die Sperrung der Authentifizierungsfunktion des elektronischen Heilberufs oder Berufsausweises zu veranlassen.

(6) Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 müssen auf Verlangen der Versicherten gelöscht werden; die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Abrechnung bleiben davon unberührt. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass mindestens die letzten 50 Zugriffe auf die Daten nach Absatz 2 oder Absatz 3 für Zwecke der Datenschutzkontrolle protokolliert werden. Eine Verwendung der Protokolldaten für andere Zwecke ist unzulässig. Die Protokolldaten sind durch geeignete Vorkehrungen gegen zweckfremde Verwendung und sonstigen Missbrauch zu schützen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene schaffen die für die Einführung und Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte, insbesondere des elektronischen Rezeptes und der elektronischen Patientenakte, erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur). Sie nehmen diese Aufgabe durch eine Gesellschaft für Telematik nach Maßgabe des § 291b wahr, die die Regelungen zur Telematikinfrastruktur trifft sowie deren Aufbau und Betrieb übernimmt. Vereinbarungen und Richtlinien zur elektronischen Datenübermittlung nach diesem Buch müssen, soweit sie die Telematikinfrastruktur berühren, mit deren Regelungen vereinbar sein. Die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen treffen eine Vereinbarung zur Finanzierung

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie
2. der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur, einschließlich der Aufteilung dieser Kosten auf die in den Absätzen 7a und 7b genannten Leistungssektoren, entstehen.

Zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zahlt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für den Zeitraum vom 1. Juli 2008 bis zum 31. Dezember 2008 an die Gesellschaft für Telematik einen Betrag in Höhe von 0,50 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und ab dem Jahr 2009 jährlich einen Betrag in Höhe von 1,00 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; die Zahlungen sind quartalsweise, spätestens drei Wochen vor Beginn des jeweiligen Quartals, zu leisten. Die Höhe des Betrages kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechend dem Mittelbedarf der Gesellschaft für Telematik und unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anpassen. Die Kosten der Sätze 4 und 5 zählen nicht zu den Ausgaben nach § 4 Abs. 4 Satz 9.

(7a) Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 und 2 werden durch einen Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag). Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder das Erlösbudget nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Das Nähere zur Höhe und Erhebung des Zuschlags nach Satz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer gesonderten Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zustande, ent-

scheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten.

(7b) Zum Ausgleich der Kosten nach Absatz 7 Satz 4 erhalten die in diesem Absatz genannten Leistungserbringer nutzungsbezogene Zuschläge von den Krankenkassen. Das Nähere zu den Regelungen der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 4 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie medizinischen Versorgungszentren vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Bundesmantelverträgen. Das Nähere zu den Regelungen der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 4 für die Arzneimittelversorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet das jeweils zuständige Schiedsamt nach § 89 Abs. 4 auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten.

(7c) (weggefallen)

(7d) Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist als Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 7a Satz 3 sowie Absatz 7b Satz 2 und 3 zu Stande, trifft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vereinbarungen zur Finanzierung der den jeweiligen Leistungserbringern entstehenden Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 jeweils mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene. Soweit diese Vereinbarungen nicht zu Stande kommen, entscheidet bei Nichteinigung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei Nichteinigung mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen das jeweils zuständige Schiedsamt nach § 89 Abs. 4 und bei Nichteinigung mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 jeweils auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten.

(7e) Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist als Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 7a Satz 3, Absatz 7b Satz 2 und 3 zu Stande, bilden die Spitzenorganisationen nach Absatz 7 Satz 1 eine gemeinsame Kommission aus Sachverständigen. Die Kommission ist innerhalb einer Woche nach Ablauf der Frist nach Satz 1 zu bilden. Sie besteht aus jeweils zwei Mitgliedern, die von den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen berufen werden sowie einer oder einem unparteiischen Vorsitzenden, über die oder den sich die Spitzenorganisationen nach Absatz 7 Satz 1 gemeinsam verständigen. Kommt es innerhalb der Frist nach Satz 2 nicht zu einer Einigung über den Vorsitz oder die Berufung der weiteren Mitglieder, beruft das Bundesministerium für Gesundheit die Vorsitzende oder den Vorsitzenden und die weiteren Sachverständigen. Die Kosten der Kommission sind aus den Finanzmitteln der Gesellschaft für Telematik zu begleichen. Die Kommission gibt innerhalb von drei Monaten eine Empfehlung zur Aufteilung der Kosten, die den einzelnen Leistungssektoren nach den Absätzen 7a und 7b im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen. Die Empfehlung der Kommission ist innerhalb eines Monats in der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 2 zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Aufteilung der Kosten, die den einzelnen Leistungssektoren nach den Absätzen 7a und 7b im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen, als Grundlage der Vereinbarungen nach den Absätzen 7a und 7b festzulegen, sofern die Empfehlung der Kommission nicht berücksichtigt wird.

(8) Vom Inhaber der Karte darf nicht verlangt werden, den Zugriff auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 oder Absatz 3 Satz 1 anderen als den in Absatz 4 Satz 1 genannten Personen oder zu anderen Zwecken als denen der Versorgung der Versicherten, einschließlich der Abrechnung der zum Zwecke der Versorgung erbrachten Leistungen, zu gestatten; mit ihnen darf nicht vereinbart werden, Derartiges zu gestatten. Sie dürfen nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil sie einen Zugriff bewirkt oder verweigert haben.

(9) (weggefallen)

§ 314

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Versicherungsverträge, die den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zum Gegenstand haben, werden auf Antrag der Versicherten auf Versicherungsverträge nach dem Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

(2) Zur Gewährleistung der in § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Begrenzung bleiben im Hinblick auf die ab 1. Januar 2009 weiterhin im Standardtarif Versicherten alle Versicherungsunternehmen, die die nach § 257 Abs. 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

§ 315

Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Bei-

tragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung –

§ 170

Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

- (1) Die Beiträge werden getragen
1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes, Beziehern von Arbeitslosengeld II und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
 2. bei Personen, die
 - a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 400 Euro nicht übersteigt,
 - b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
 3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
 4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen von den antragstellenden Stellen,
 5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
 6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

§ 294
Anspruchsvoraussetzungen

(1) Eine Mutter, die vor dem 1. Januar 1921 geboren ist, erhält für jedes Kind, das sie im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland lebend geboren hat, eine Leistung für Kindererziehung. Der Geburt im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland steht die Geburt im jeweiligen Geltungsbereich der Reichsversicherungsgesetze gleich.

(2) Einer Geburt in den in Absatz 1 genannten Gebieten steht die Geburt außerhalb dieser Gebiete gleich, wenn die Mutter im Zeitpunkt der Geburt des Kindes ihren gewöhnlichen Aufenthalt

1. in diesen Gebieten hatte,

2. zwar außerhalb dieser Gebiete hatte, aber im Zeitpunkt der Geburt des Kindes oder unmittelbar vorher entweder sie selbst oder ihr Ehemann, mit dem sie sich zusammen dort aufgehalten hat, wegen einer dort ausgeübten Beschäftigung oder Tätigkeit Pflichtbeitragszeiten hat oder nur deshalb nicht hat, weil sie selbst oder ihr Ehemann versicherungsfrei oder von der Versicherung befreit war, oder
3. bei Geburten bis zum 31. Dezember 1949 zwar außerhalb dieser Gebiete hatte, aber der gewöhnliche Aufenthalt in den in Absatz 1 genannten Gebieten aus Verfolgungsgründen im Sinne des § 1 des Bundesentschädigungsgesetzes aufgegeben worden ist; dies gilt auch, wenn bei Ehegatten der gemeinsame gewöhnliche Aufenthalt in den in Absatz 1 genannten Gebieten aufgegeben worden ist und nur beim Ehemann Verfolgungsgründe vorgelegen haben.

(3) Absatz 1 Satz 2 gilt nicht, wenn Beitragszeiten zum Zeitpunkt der Geburt aufgrund einer Versicherungslastregelung mit einem anderen Staat nicht in die Versicherungslast der Bundesrepublik Deutschland fallen würden.

- (4) Einer Geburt in den in Absatz 1 genannten Gebieten steht bei einer Mutter, die
1. zu den in § 1 des Fremdrentengesetzes genannten Personen gehört oder
 2. ihren gewöhnlichen Aufenthalt vor dem 1. September 1939 aus einem Gebiet, in dem Beiträge an einen nichtdeutschen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei Eintritt des Versicherungsfalls wie nach den Vorschriften der Reichsversicherungsgesetze entrichtete Beiträge zu behandeln waren, in eines der in Absatz 1 genannten Gebiete verlegt hat,
- die Geburt in den jeweiligen Herkunftsgebieten gleich.

(5) Eine Mutter, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, erhält eine Leistung für Kindererziehung nur, wenn sie zu den in den §§ 18 und 19 des Gesetzes zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehört.

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung –

§ 14
Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen

sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15

Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

(2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

§ 36 Pflegesachleistung

- (3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat
1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
 - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
 - a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
 - a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muß. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als 3 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

§ 37
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I
 - a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II
 - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal,
2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 31 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4. In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegfachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungs-

stelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegfachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen. Für die Durchführung von Beratungen nach Absatz 3 Satz 6 können die Landesverbände der Pflegekassen geeignete Beratungsstellen anerkennen, ohne dass ein Nachweis über die pflegfachliche Kompetenz erforderlich ist.

(8) Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin (§ 7a) kann die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und diese bescheinigen.

§ 39

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, 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. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, dass die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und mit Zustimmung des Bundesrates die im Rahmen der Pflegeversicherung zu gewährenden Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zu bestimmen.

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege

(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu
 - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,

- b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
- 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu
 - a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
- 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu
 - a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

§ 42 Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

- 1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
- 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 im Kalenderjahr.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

§ 43 Inhalt der Leistung

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

- 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1.023 Euro,
- 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1.279 Euro,
- 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012,
- 4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind,
 - a) 1.750 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.825 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.918 Euro ab 1. Januar 2012.

Der von der Pflegekasse einschließlich einer Dynamisierung nach § 30 zu übernehmende Betrag darf 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal in Höhe des nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 geltenden Betrages übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als 5 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

§ 43a Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

§ 45a Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

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

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder

schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;

8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

§ 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen

(1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertra-

gen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrighschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen.

§ 72

Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

§ 88

Zusatzleistungen

(1) Neben den Pflegesätzen nach § 85 und den Entgelten nach § 87 darf das Pflegeheim mit den Pflegebedürftigen über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinaus (§ 72 Abs. 1 Satz 2) gesondert ausgewiesene Zuschläge für

1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
 2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen
- vereinbaren (Zusatzleistungen). Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 festgelegt.

(2) Die Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen ist nur zulässig, wenn:

1. dadurch die notwendigen stationären oder teilstationären Leistungen des Pflegeheimes (§ 84 Abs. 4 und § 87) nicht beeinträchtigt werden,
2. die angebotenen Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie die Höhe der Zuschläge und die Zahlungsbedingungen vorher schriftlich zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen vereinbart worden sind,
3. das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land vor Leistungsbeginn schriftlich mitgeteilt worden sind.

Versicherungsaufsichtsgesetz

§ 12

Substitutive Krankenversicherung

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich

vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfefesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Bundesbeihilfeverordnung

§ 58 Übergangsvorschriften

(1) Auf Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, ist die Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379), weiter anzuwenden.

(2) Auf Ehegattinnen und Ehegatten, die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung als berücksichtigungsfähige Angehörige unter der Einkommensgrenze nach § 5 Abs. 4 der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Beihilfevorschriften des Bundes lagen, aber die Einkommensgrenze nach § 4 Abs. 1 überschreiten, ist die bisherige Einkommensgrenze bis zur erstmaligen Überschreitung weiter anzuwenden.

(3) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten, die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben sind, gelten abweichend von § 4 Abs. 2 längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich geleisteter Wehr- oder Zivildienstzeiten als berücksichtigungsfähige Angehörige. Die Übergangsregelung hat keine Auswirkung auf den Bemessungssatz der oder des Beihilfeberechtigten.

(4) Auf Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, deren Bemessungssatz nach § 14 Abs. 6 Nr. 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), die zuletzt durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379) geändert worden ist, unbefristet erhöht wurde, ist dieser erhöhte Bemessungssatz für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung weiter anzuwenden. Anschließend prüft die Festsetzungsstelle, ob die Voraussetzungen des erhöhten Bemessungssatzes nach § 47 Abs. 2 vorliegen. Die Prüfung ist alle zwei Jahre zu wiederholen. Liegen die Voraussetzungen nicht vor, ist der Bescheid über die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 49 Abs. 2 und 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes zu widerrufen. Die Sätze 1 bis 3 gelten für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger entsprechend.

(5) § 46 Abs. 3 Satz 2 ist erstmals sechs Monate nach Inkrafttreten dieser Verordnung anzuwenden. Bis dahin ist § 14 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), die zuletzt durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379) geändert worden ist, weiter anzuwenden.

(6) In § 4 Abs. 2 Nr. 1 und 2, § 5 Abs. 4 und § 46 Abs. 3 Satz 2 ist unter der Bezeichnung „Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes“ ab dem 1. Juli 2010 die Bezeichnung „Auslandszuschlag nach § 53 Abs. 4 Nr. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes“ zu verstehen.

Bundespfllegesatzverordnung

§ 2 Krankenhausleistungen

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind.

Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
4. (weggefallen)

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehört eine Dialyse.

§ 22 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

(1) Ab dem 1. Januar 2005 gilt für Belegeärzte § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen richtet sich ab dem 1. Januar 2005 nach den §§ 17 und 19 des Krankenhausentgeltgesetzes.

(2) Bis zum 31. Dezember 2004 sind die §§ 22 bis 24 in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Gebührenordnung für Ärzte

§ 2 Abweichende Vereinbarung

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Einbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muß neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

Gebührenordnung für Zahnärzte

§ 2 Abweichende Vereinbarung

(3) Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen können Leistungen im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2, die weder im Gebührenverzeichnis (Anlage) noch im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, und ihre Vergütung abweichend von dieser Verordnung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muß vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muß die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, daß es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 4 Gebühren

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.

