

Beihilfeverordnung - BVO

(in der Fassung der Änderungsverordnung vom 03.02.2021)

Die Änderungen sind rot hervorgehoben

	Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1	Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur	3
§ 2	Beihilfeberechtigte Personen	4
§ 3	Berücksichtigungsfähige Angehörige	6
§ 4	Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen	7
§ 5	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen	9
§ 6	Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit	15
§ 6a	Krankenhausleistungen	24
§ 7	Beihilfe bei Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen	28
§ 8	Beihilfe bei Kuren	33
§ 9	Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit	36
§ 9a	Pflegeberatung und Beratungsbesuch	37
§ 9b	Häusliche Pflege, Kombinationspflege, ambulante Wohngruppen	38
§ 9c	Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege	39
§ 9d	Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege	39
§ 9e	Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe	40
§ 9f	Vollstationäre Pflege, Vergütungszuschläge, Aktivierungsbetrag, Eigenanteil bei Unterkunfts-, Verpflegungs- und Investitionskosten	41
§ 9g	Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch	42
§ 9h	Individuelle Wohnfeldverbesserung	43
§ 9i	Pflegehilfsmittel	43
§ 9j	Pflegeunterstützungsgeld	43
§ 10	Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge	50
§ 10a	Sonstige Aufwendungen	52
§ 11	Beihilfe bei Geburtsfällen	57
§ 12	Beihilfefähige Aufwendungen bei Todesfällen	58

§ 13	Beihilfefähige außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen	59
§ 14	Bemessung der Beihilfe	63
§ 15	Begrenzung der Beihilfe	68
§ 16	aufgehoben	72
§ 17	Verfahren	73
§ 18	Datenschutz	77
§ 19	Übergangsvorschriften	80
§ 20	Inkrafttreten	82
Anlage zur BVO		
Nr. 1	Einschränkungen zu § 5 Abs. 1 und §§ 6 ff.	83
Nr. 1.2	Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen einschl. Kieferorthopädie	84
Nr. 1.3	Von Gesellschaften oder Unternehmen erbrachte Leistungen	86
Nr. 1.4	Höchstbetragsregelung	86
Nr. 1.5	Ausschlussregelung, Voranerkennung	87
Nr. 2	Hilfsmittel	88

**Verordnung des Finanzministeriums
über die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-,
Pflege- und Todesfällen (Beihilfeverordnung - BVO)**

vom 28. Juli 1995 (GBl. S. 561),

geändert durch Art. 16 Haushaltsstrukturgesetz 1997 vom 16. Dezember 1996 (GBl. S. 776) sowie durch die Änderungsverordnungen vom 29. Oktober 2001 (GBl. S. 622) und vom 20. Februar 2003 (GBl. S. 125) und durch Art. 10 Haushaltsstrukturgesetz 2004 vom 17. Februar 2004 (GBl. S. 66) und die Änderungsverordnung vom 30. Oktober 2008 (GBl. S. 407) und durch Art. 47 des Gesetzes zur Reform des öffentlichen Dienstrechts (Dienstrechtsreformgesetz – DRG) vom 9. November 2010 (GBl. S. 978) und Art. 3 Haushaltsbegleitgesetzes vom 14. Februar 2012 (GBl. S. 25) und Art. 77 der achten Verordnung des Innenministeriums zur Anpassung des Landesrechts an die geänderten Geschäftsbereiche und Bezeichnungen der Ministerien vom 25. Januar 2012 (GBl. S. 65) und durch Art. 8 des Gesetzes zur Einbeziehung von Lebenspartnerschaften in ehebezogene Regelungen des öffentlichen Dienstrechts und zu weiteren Änderungen des Landesbesoldungsgesetzes Baden-Württemberg, des Landesbeamtenversorgungsgesetzes Baden-Württemberg und des Versorgungsrücklagengesetzes vom 24. Juli 2012 (GBl. S. 482) sowie durch Art. 9 Haushaltsbegleitgesetzes vom 18.12.2012 (GBl. S. 677) und durch Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften vom 12.11.2013 (GBl. S. 304,308) sowie die Änderungsverordnung vom 20. Dezember 2013 (GBl. S. 53) und die Änderungsverordnung vom 2. Juni 2015 (GBl. S. 379) und durch die Änderungsverordnung vom 22.11.2016 (GBl. S. 611ff) **und durch die Änderungsverordnung vom 03.02.2021 (GBl. S. 213).**

Es wird verordnet auf Grund von

1. § 78 Absatz 2 des Landesbeamtengesetzes (LBG) vom 9. November 2010 (GBl. S. 793, 794), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. Oktober 2020 (GBl. S. 914, 921) geändert worden ist, im Einvernehmen mit dem Innenministerium
2. § 8 des Landesrichter- und -staatsanwaltsgesetzes (LRiStAG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 2000 (GBl. S. 504), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 2020 (GBl. 2021 S. 1) geändert worden ist in Verbindung mit § 78 Absatz 2 Landesbeamtengesetz:

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

- (1) ¹Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge. ²Die Beihilfe ergänzt in diesen Fällen den Betrag, der in den laufenden Bezügen für eine anteilige Eigenvorsorge enthalten ist.
- (2) ¹Diese Verordnung gilt für die Beamten, früheren Beamten und Versorgungsempfänger der in § 1 LBG genannten Dienstherren. ²Sie gilt für Richter, frühere Richter sowie Richter im Ruhestand entsprechend.
- (3) ¹Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. ²Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; jedoch ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger bezüglich des auf seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrags einer Beihilfe zulässig.
- (4) Beihilfe wird zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder als Pauschale gewährt.

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

- (1) Beihilfeberechtigt sind
1. Beamte,
 2. Ruhestandsbeamte sowie frühere Beamte,
 3. Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie die in § 37 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes Baden-Württemberg genannten Kinder der in den Nummern 1 und 2 bezeichneten Personen.
- (2) ¹Die in Absatz 1 bezeichneten Personen sind beihilfeberechtigt, wenn und solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Unterhaltsbeihilfe, Entpflichtetenbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgeld auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen oder Unterhaltsbeitrag erhalten. ²Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge nur wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden oder wenn gnadenweise bewilligte Bezüge die Beihilfeberechtigung ausdrücklich mit umfassen. ³Ein Urlaub unter Wegfall der Bezüge von längstens 31 Kalendertagen lässt den Anspruch auf Beihilfe unberührt. ⁴Die in Absatz 1 Nummer 3 bezeichneten Personen haben für die beihilfefähigen Aufwendungen, die nach dem Tod des Beihilfeberechtigten bis zum Ende des Sterbemonats des Beihilfeberechtigten für sich und die bisher beim Verstorbenen weiteren berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstanden sind, eine Beihilfeberechtigung.
- (3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 9a Absatz 1, § 9f Absatz 2, § 9j, § 10 a Nummer 7 Satz 2 und § 12 Absatz 4 bis 6 auch andere natürliche sowie juristische Personen.
- (4) Beihilfeberechtigt sind nicht
1. Ehrenbeamte,
 2. Beamte, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 41 Abs. 5 des Landesbesoldungsgesetzes Baden-Württemberg) beschäftigt oder Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sind,
 3. Beamte und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestags oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen,
 4. Ruhestandsbeamte und frühere Beamte, wenn sie am Tag der Beendigung der aktiven Dienstzeit nach Nummer 1 oder 2 in der an diesem Tag maßgeblichen Fassung nicht beihilfeberechtigt waren, sowie deren Hinterbliebene oder hinterbliebene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

- (1) ¹Berücksichtigungsfähige Angehörige sind
1. die Ehegatten oder die Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz der Beihilfeberechtigten,
 2. die im Familienzuschlag nach dem Landesbesoldungsgesetz Baden-Württemberg berücksichtigungsfähigen Kinder der Beihilfeberechtigten.
- ²Im Hinblick auf die Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als nach Satz 1 Nr. 1 berücksichtigungsfähige Angehörige.
- (2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht
1. Geschwister der Beihilfeberechtigten oder von Ehegatten oder von Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz,
 2. Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.
- (3) ¹Die Berücksichtigung von Ehegatten oder von Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz endet mit dem Ablauf des Kalendermonats, in dem sie im Familienzuschlag nicht mehr berücksichtigungsfähig sind. ²Die Berücksichtigung von Kindern endet mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie im Familienzuschlag nicht mehr berücksichtigungsfähig sind; bei Wegfall am 31. Dezember eines Jahres mit Ablauf des folgenden Kalenderjahres. ³Darüber hinaus bleiben Kinder, für die der Kinderanteil im Familienzuschlag rückwirkend wegfällt, bis zum Ablauf des Kalendermonats, für den zuletzt der Kinderanteil gezahlt wurde, ohne dass der Beihilfeberechtigte den Wegfallgrund kannte oder hätte kennen müssen, berücksichtigungsfähig.

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

- (1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung
 1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,
 2. aus einem neuen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem älteren Dienstverhältnis,
 3. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund eines älteren Versorgungsbezugs; bei gleichzeitigem Beginn von zwei Versorgungsbezügen die Beihilfeberechtigung aus dem jüngeren die aus dem älteren Dienstverhältnis,
 4. auf Grund eines Versorgungsbezugs aus einem eigenen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung auf Grund eines Bezugs von Witwengeld oder Witwergeldaus.
- (2) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger vor.
- (3) ¹Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. ²Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.
- (4) ¹Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Krankenfürsorgeleistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, nach dem Statut der Beamten der Europäischen Union, nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestags oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes gegen die Deutsche Bundesbahn und das Bundeseisenbahnvermögen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.
- (5) ¹Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfe auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Beihilfevorschriften des Landes im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. ²Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung ist der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern arbeitszeitanteilig zu kürzende Beihilfeanspruch.
- (6) ¹Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt, der von ihnen zu bestimmen ist; die Bestimmung darf nur aus einem triftigen Grund geändert werden. ²Bestimmungen und Änderungen sind jeweils der anderen Beihilfestelle mitzuteilen. ³Abweichend hiervon wird Beihilfe zu Aufwendungen für ein Kind, das bei mehreren nach beamtenrechtlichen Vorschriften Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, der das Kindergeld erhält; eine Bestimmung nach Satz 1 entfällt.

§ 5

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

- (1) ¹Nach den folgenden Vorschriften sind Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. ²Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Beihilfestelle. ³Sie kann hierzu begründete medizinische Gutachten (§ 18 Abs. 5) einholen, in Ausnahmefällen auch ohne Einverständnis des Betroffenen. ⁴Bezüglich der Höhe der Aufwendungen sind die Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder über Preise und Gebühren sowie die Anlage anzuwenden.
- (2) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dieser berücksichtigungsfähig ist. ²Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.
- (3) ¹Bei Ansprüchen auf Sozialleistungen, Krankenfürsorge oder Kostenersatz auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind die im Einzelfall tatsächlich gewährten Geldleistungen in voller Höhe von den im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. ²Ist eine aufgrund von Ansprüchen nach Satz 1 zustehende Geldleistung insbesondere bei Behandlern, die an der Versorgung der gesetzlich Versicherten teilnehmen, nicht in Anspruch genommen worden, entfällt insoweit die Beihilfefähigkeit der Aufwendung. ³Hierbei sind auch Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sowie für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe als zustehende Leistung anzusetzen. ⁴Sätze 2 und 3 gelten nicht hinsichtlich einer Leistung
1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf bezugnehmende Vorschriften,
 2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Versicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,
 3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einer freiwilligen Versicherung.
- ⁵Die Sätze 1 bis 4 gelten nicht für Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI und nach dem Wohngeldgesetz.
- (4) ¹Nicht beihilfefähig sind
1. Dienst- und Sachleistungen; dies gilt nicht für Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind. ²Von der Beihilfegewährung ausgeschlossen sind auch
 - a) Aufwendungen, die darauf beruhen, dass die bei dem aufgesuchten Leistungserbringer mögliche Dienst- oder Sachleistung nicht beansprucht wurde,
 - b) Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Kostenerstattung nach §§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4, 64 Abs. 4 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) oder entsprechenden Vorschriften beansprucht wurde,
 - c) Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel nach § 35 SGB V,

- d) Aufwendungen, soweit sie infolge eines Abschlags für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder entsprechenden Vorschriften nicht erstattet wurden; wird die Höhe des Abschlags nicht nachgewiesen, gelten 10 Prozent der Kostenerstattung als Abschlag.

³Satz 2 Buchst. a und b gilt nicht für Leistungen nach Absatz 3 Satz 4 und für Wahlleistungen nach § 6a Abs. 2 und § 7.

2. gesetzlich vorgesehene kleinere Kostenanteile, insbesondere Zuzahlungen nach dem SGB V; auf das gewählte Abrechnungsverfahren kommt es dabei nicht an,
3. Aufwendungen für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge von medizinisch nicht notwendigen Maßnahmen entstehen, insbesondere nach ästhetischer Operation, Tätowierung, Piercing,
4. aufgehoben
5. die in §§ 6 bis 8, 10 bis 11 Absatz 1 genannten Aufwendungen, auch in Verbindung mit § 13, für Beamte, denen aufgrund von § 79 LBG, der Heilfürsorgeverordnung oder entsprechenden anderen landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,
6. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; nahe Angehörige im Sinne dieser Vorschrift sind
 - a) Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder,
 - b) Schwiegersöhne, Schwiegertöchter und Geschwister

des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. ²Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig. ³Aufwendungen für nahe Angehörige nach Satz 1 Buchst. b) sind bis zu zwei Dritteln der jeweils einschlägigen Gebühren oder der Höchstbeträge beihilfefähig.

7. Aufwendungen, die bereits auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4 Abs. 2, Abs. 3 Satz 2 oder Abs. 5 Satz 1) beihilfefähig sind,
8. Aufwendungen für den Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische oder kriminologische Indikation,
9. Aufwendungen für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen sowie für sozialpädiatrische, sozialpädagogische, heilpädagogische, psychosoziale, berufsfördernde, berufsvorbereitende und berufsbildende Maßnahmen sowie für den Besuch von Werkstätten für Behinderte in allen Bereichen.

- (5) ¹Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind. ²Dies gilt auch für verjährte, erloschene oder im Vergleichsweg abgefundene Ansprüche. ³Abweichend von Satz 1 und 2 sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 81 LBG zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn oder auf eine Versorgungskasse führt.
- 6) ¹Bei Anlegung eines strengen Maßstabs kann in besonderen Härtefällen mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde und nur im Einvernehmen mit dem Finanzministerium zu Aufwendungen im Sinne des § 78 LBG ausnahmsweise abweichend von den in dieser Verordnung genannten Voraussetzungen Beihilfe gewährt werden. ²Dies gilt für die in Absatz 4 Nr. 3 genannten Fälle entsprechend. ³Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen, die ausdrücklich von der Beihilfefähigkeit ausgenommen oder der Betragshöhe nach begrenzt sind; eine zeitlich oder nach Anzahl begrenzte Beihilfefähigkeit darf mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde um höchstens dieselbe Dauer verlängert oder um höchstens dieselbe Anzahl erhöht werden. ⁴Voraussetzung ist außerdem, dass die fraglichen Aufwendungen unbedingt notwendig sind und 10 vom Hundert des laufenden in § 2 Abs. 2 genannten Bruttomonatsbezugs, mindestens 360 Euro, übersteigen.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

- (1) ¹Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für gesondert erbrachte und berechnete
1. ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen und Leistungen von Heilpraktikern nach Maßgabe der Anlage. ²Ausgenommen sind Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden,
 2. von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchte oder nach Art und Menge schriftlich verordnete Arzneimittel, Verbandmittel und Teststreifen für Körperflüssigkeiten. ²Keine Arzneimittel sind
 - a) Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
 - b) Nahrungsergänzungsmittel nach § 1 Absatz 1 der Nahrungsergänzungsmittelverordnung, die als solche gekennzeichnet sind,
 - c) diätetische Lebensmittel nach § 1 Absatz 1 der Diätverordnung, die mit den Zusätzen "Diät", "diätetisch", "Kost", "Nahrung" oder "Lebensmittel" gekennzeichnet sind,
 - d) Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG),
 - e) nicht verschreibungspflichtige Vitamin- und Mineralstoffpräparate und
 - f) Mittel, die zur Empfängnisregelung oder Potenzbeeinflussung verordnet werden.

³Von den in Satz 2 genannten Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig:

- a) Nahrungsergänzungsmittel, Vitamin- und Mineralstoffpräparate, wenn nach begründetem medizinischen Gutachten die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen ist; das Finanzministerium kann bestimmen, unter welchen Voraussetzungen von der medizinischen Notwendigkeit ohne gesonderten Nachweis auszugehen ist; Aufwendungen für Mittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies bei Kindern unter drei Jahren sind beihilfefähig,
- b) Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren nach ärztlicher Bescheinigung und soweit die Aufwendungen hierfür vierteljährlich 360 Euro übersteigen; Aufwendungen für chemisch definierte Formeldiäten sind ohne Abzug von vierteljährlich 360 Euro beihilfefähig, wenn die Kosten zusätzlich zu den für die übliche Diätahrung entstehen,
- c) Elementardiäten für Kinder unter drei Jahren mit Kuhmilcheiweiß-Allergie sowie bei Neurodermitis unabhängig vom Alter der Person für einen Zeitraum von insgesamt einem halben Jahr, wenn sie für diagnostische Zwecke eingesetzt werden und
- d) Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukt nach § 3 Nummer 1 und 2 des MPG zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, in Anlage 4 zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen,

e) nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres auch ohne schriftliche ärztliche Verordnung,

3. von Ärzten schriftlich begründet verordnete Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe nach Maßgabe der Anlage. ²Gleiches gilt für von Zahnärzten schriftlich begründet verordnete Heilbehandlungen, soweit dies zur Ausübung der Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde gehört. ³Aus der ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung müssen sich Art und genauer Umfang der Heilbehandlung sowie die Diagnose ergeben. ⁴Die Heilbehandlung muss von einem der folgenden Heilberufe in ihrer jeweiligen Qualifikation erbracht werden: Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut, Ergotherapeut, Krankengymnast, Logopäde, Masseur, medizinischer Bademeister, Neuropsychologe GNP, Physiotherapeut, Podologe; die Anlage 10 zur BBhV findet ergänzend entsprechende Anwendung. ⁵Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder - ausgenommen Saunabäder und Mineral- oder Thermalbäder außerhalb einer nach §§ 7 oder 8 beihilfefähigen stationären Behandlung oder Kur -, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Beschäftigungs- sowie Sprachtherapie. ⁶Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden, so sind die Aufwendungen gemäß § 5 Abs. 4 Nr. 9 nicht beihilfefähig; dies gilt entsprechend für Heilbehandlungen, mit denen zugleich einer der in § 5 Abs. 4 Nr. 9 genannten Zwecke verfolgt wird,
4. Anschaffung, Miete, Reparatur, Ersatz sowie Betrieb und Unterhaltung der von Ärzten schriftlich begründet verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände nach Maßgabe der Anlage,
5. erste Hilfe,
6. voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen sowie vor- und nachstationäre Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V nach Maßgabe des § 6a,
7. von Ärzten begründet als notwendig bescheinigte häusliche Krankenpflege. ²Sie besteht in der Behandlungspflege sowie, sofern nicht § 9 einschlägig ist, bis zu sechs Monaten Grundpflege mit hauswirtschaftlicher Versorgung; dabei muss die Grundpflege überwiegen. ³Bei einer Pflege durch nahe Angehörige (§ 5 Abs. 4 Nr. 6) sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:
 - a) Fahrkosten (§ 10a Nr. 4),
 - b) eine für die Pflege an nahe Angehörige gewährte Vergütung bis zur Höhe von 1300 Euro monatlich, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder im Umfang einer solchen eingeschränkt wird; eine an Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

⁴Ist häusliche Krankenpflege nach Satz 1 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit nach § 9 vor, sind die in Rechnung gestellten Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege bis zu dem in § 42 Absatz 2 Satz 2 SGB XI genannten Betrag je Kalenderjahr in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt worden ist.

8. von Ärzten schriftlich verordnete ambulante spezialisierte Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren weiter fortschreitenden Erkrankung und zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige spezialisierte pflegerische Versorgung notwendig ist, damit ein Verbleiben im häuslichen Bereich möglich ist. ²Ist nach ärztlicher Begründung die ambulante Versorgung nicht möglich oder nicht ausreichend, sind bei stationärer oder teilstationärer Palliativversorgung in Hospizen Aufwendungen insoweit beihilfefähig, als sie der Preisvereinbarung dieser Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger, den zuschussfähigen Kosten nach § 39a SGB V, entsprechen. ³Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der einer gesetzlichen Krankenversicherung in vergleichbaren Fällen in Rechnung gestellten Vergütung. ⁴§ 9i ist sinngemäß anzuwenden,
 9. von Ärzten schriftlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen (§ 7) und verordneter Rehabilitationssport in besonderen Gruppen unter Betreuung und Überwachung durch Ärzte oder Personen nach Nummer 3 Satz 4.
- (2) Das Finanzministerium kann, soweit nicht in der Anlage bereits geregelt, die Beihilfefähigkeit von folgenden Aufwendungen, die nicht zweifelsfrei notwendig oder nach Umfang oder Höhe angemessen sind, ganz oder teilweise von einer vorherigen Anerkennung abhängig machen, begrenzen oder ausschließen:
1. Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sowie Materialien, Arznei- und Verbandmittel,
 2. Aufwendungen für nicht in den Gebührenverzeichnissen der Gebührenordnungen der Bundesregierung aufgeführte ärztliche, psychotherapeutische oder zahnärztliche Leistungen,
 3. Aufwendungen für Heilbehandlungen nach Absatz 1 Nr. 3, Behandlungen von Heilpraktikern und psychotherapeutische oder ähnliche Behandlungen.

§ 6a

Krankenhausleistungen

- (1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V), die nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vergütet werden, für
1. vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG, § 115a SGB V,
 2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 BPfIV, § 2 Abs. 2 KHEntgG,
 3. nach § 22 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung, § 16 Satz 2 BPfIV und § 17 KHEntgG gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen und für Unterkunft bis zur Höhe der Wahlleistungsentgelte für Zweibettzimmer, jeweils unter den Voraussetzungen des Absatzes 2,
 4. andere im Zusammenhang mit Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2.
- (2) ¹Beihilfeberechtigte haben Anspruch auf Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen nach Absatz 1 Nr. 3 gegen Zahlung eines Betrages von 22 Euro monatlich, wenn gegenüber der Bezügestelle und Beihilfestelle innerhalb einer Ausschlussfrist von fünf Monaten erklärt wird, dass sie für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfen zu Aufwendungen für Wahlleistungen ab Beginn der Frist in Anspruch nehmen wollen. ²Die Frist beginnt:
1. für die am 1. April 2004 nach dieser Verordnung Beihilfeberechtigten am 1. April 2004,
 2. für die am 1. April 2004 ohne Beihilfeberechtigung beurlaubten Beamten mit dem Wiederaufleben der Beihilfeberechtigung,
 3. im Übrigen mit dem Tag der Entstehung einer neuen Beihilfeberechtigung nach dieser Verordnung infolge
 - a) der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses mit Ausnahme der Fälle des § 8 LBG,
 - b) der Entstehung des Anspruchs auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen, jeweils nur wenn der Versorgungsurheber Anspruch auf Beihilfe zu Wahlleistungen hatte, oder
 - c) der Abordnung oder Versetzung von einem anderen Dienstherrn zu einem Dienstherrn im Geltungsbereich dieser Verordnung.
- ³Die Beihilfeberechtigten sind auf die Ausschlussfrist schriftlich hinzuweisen. ⁴Die Erklärung nach Satz 1 beinhaltet das Einverständnis, dass der ab Beginn der Frist zu zahlende Betrag monatlich von den Bezügen einbehalten wird; bei Beihilfeberechtigten ohne Bezüge besteht in den Fällen des § 2 Abs. 2 Satz 3, während eines Wahlvorbereitungsurlaubs, während einer Pflegezeit sowie während einer Elternzeit Beitragsfreiheit. ⁵Sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen werden.
- (3) Bei Leistungen von zugelassenen Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden, sind Aufwendungen insoweit beihilfefähig, als sie für Leistungen eines vergleichbaren Krankenhauses nach Absatz 1 und 2 beihilfefähig wären.

§ 7

Beihilfe bei Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen

- (1) Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in
 1. Krankenhäusern nach Absatz 2,
 2. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,
 3. Einrichtungen für Suchtbehandlungen und
 4. in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitationsind nach den folgenden Absätzen beihilfefähig.
- 2) Krankenhäuser im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 sind nur solche, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen und nur deshalb nicht unter § 6 Abs. 1 Nr. 6 fallen, weil sie nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind.
- (3) ¹Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind solche auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen. ²Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang stehen.
- (4) Einrichtungen für Suchtbehandlungen sind solche auf Suchtbehandlungen zur Entwöhnung spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen.
- (5) Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind nur solche, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 2 SGB V, für Einrichtungen in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz in Verbindung mit § 140e SGB V, erfüllen (Rehabilitationseinrichtungen).
- (6) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Absatz 2 bis 4 ist, dass die Maßnahme nach begründeter Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind. ²Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Absatz 5 ist, dass es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung (Absatz 3) handelt und nach begründender Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind. ³Reichen stattdessen auch ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in einer Einrichtung nach Absatz 5 ohne Unterkunft darin aus, so sind nur diese nach begründeter Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, beihilfefähig. ⁴Die Beihilfefähigkeit ist ab einer Dauer von 30 Tagen von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle abhängig; die Anerkennung wird erteilt, wenn die lange Dauer vom Arzt besonders begründet wird.

- (7) ¹Bei Behandlung in Krankenhäusern nach Absatz 2 sind Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:
1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem **KHEntgG** abgerechnet werden können,
 - a) die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 6a Absatz 1 Nummer 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkatalogs nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG ergibt; dabei wird die obere Grenze des nach § 10 Absatz 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt und
 - b) tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets, nach § 6a KHEntgG oder, sofern diese aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, gemäß § 15 Absatz 2a KHEntgG,
 2. in allen anderen Fällen der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, Einzelentgelte, Pauschalpreise und Tagessätze, soweit der tägliche Gesamtbetrag die Beträge gemäß § 26a Absatz 1 Nummer 2 BBhV **in der am 31. August 2018 geltenden Fassung** nicht übersteigt,
 3. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft **bis zur Höhe der Wahlleistungsentgelte für Zweibettzimmer, höchstens** bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors täglich sowie gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen nach § 6a Absatz 1 Nummer 3, jeweils unter den Voraussetzungen des § 6a Absatz 2,
 4. gesondert berechnete belegärztliche Leistungen im Sinne des § 18 KHEntgG oder § 16 Satz 1 BPfIV,
 5. im Rahmen einer Notfallbehandlung entstandene, dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen, wenn die notfallmäßige Aufnahme in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 6a Absatz 1 Satz 1) nicht möglich war,
 6. die medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHEntgG) bis zur Höhe des nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vereinbarenden Zuschlags,
 7. Fahrkosten nach Maßgabe des Satzes 4 Nummer 4, Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfe nach Maßgabe des § 10a Nummer 3,
 8. das berechnete Entgelt, welches bezüglich seines Leistungsinhalts dem eines krankhausindividuell vereinbarten Entgelts der **Anlagen 3a, 3b und 4** des Fallpauschalenkatalogs nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG entspricht.

²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteile der Leistungen nach § 6a Absatz 1 Nummer 2 sind. ³Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Absatz 2 kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.

⁴Bei Behandlungen in Einrichtungen nach den Absätzen 3 bis 5 sind Aufwendungen für folgende gesondert erbrachte und berechnete Leistungen beihilfefähig

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1,
2. nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 und 3,
3. für Pflege, Unterkunft, und Verpflegung nach Maßgabe der Sätze 5 bis 7, zuzüglich Kurtaxe,
4. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9, § 10a Nr. 3, sowie Fahrkosten nach § 10a Nr. 4 bis zu 120 Euro für die einfache Entfernung, darüber hinaus nur in ganz besonderen Fällen soweit nach eingehender ärztlicher Begründung keine näher gelegene Behandlungseinrichtung in Betracht kommt,
5. für den ärztlichen Schlussbericht, falls er vorgelegt wird.

⁵Satz 4 Nr. 3 und 4 gilt auch für Begleitpersonen, wenn die Notwendigkeit der Begleitung durch amtlichen Ausweis oder medizinisches Gutachten festgestellt ist und die Einrichtung bestätigt, dass für eine erfolversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist. ⁶Die Einzelentgelte, Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 4 und 5, die Leistungen nach Satz 4 Nummer 3 erster Halbsatz betreffen, sind nur bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig; die Beihilfefähigkeit darüber hinausgehender Aufwendungen nach Satz 4 Nummer 3 erster Halbsatz ist ausgeschlossen. ⁷Pauschale Abrechnungen von Einrichtungen nach Absatz 4 und 5 sind beihilfefähig, soweit sie keine Vergütung für nicht-medizinische Komfortleistungen beinhalten und einen Betrag in Höhe von 200 Euro täglich nicht überschreiten; daneben sind Aufwendungen nach Satz 4 Nummer 1 bis 3 und 5 nicht beihilfefähig. ⁸Pauschale Abrechnungen von Einrichtungen nach Absatz 3 sind beihilfefähig, soweit sie keine Vergütung für nicht-medizinische Komfortleistungen beinhalten; daneben sind die Aufwendungen nach Satz 4 dann beihilfefähig, wenn sie nicht in der pauschalen Abrechnung enthalten sind.

§ 8

Beihilfe bei Kuren

- (1) ¹Beihilfe wird gewährt zu
1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,
 2. Müttergenesungskuren, Vätergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren, Vater-Kind-Kuren,
 3. ambulanten Heilkuren.

²Zu Kuren, die weit überwiegend der Vorsorge dienen, wird Beihilfe nicht gewährt; Gleiches gilt für Maßnahmen, deren Zweck eine berufliche Rehabilitation ist, wenn medizinisch keine kurmäßigen Maßnahmen mehr erforderlich sind.

- (2) Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind Heilbehandlungen im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 3, die mit Unterkunft und Verpflegung kurmäßig in Einrichtungen nach § 7 Abs. 5 durchgeführt werden und für die die Voraussetzungen für eine Beihilfe nach § 7 Abs. 6 Satz 2 nicht erfüllt sind.

- (3) ¹Müttergenesungskuren, Vätergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren und Vater-Kind-Kuren sind Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder nach § 41 SGB V als gleichartig anerkannten Einrichtung. ²Für Einrichtungen in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz gelten die Voraussetzungen des § 140e SGB V.

- (4) ¹Ambulante Heilkuren sind Maßnahmen für Beamte und Richter zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit: ²Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis des Bundesministeriums des Innern aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. ³Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet befinden und ortsgebunden sein, eine Unterkunft in Ferienwohnungen, Wohnwagen, auf Campingplätzen und dergl. ist nicht ausreichend.

- (5) ¹Voraussetzung ist für die Beihilfe zu Kuren nach Absatz 1 bis 4, dass
1. erstmalig eine Wartezeit von insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit nach diesen oder entsprechenden Beihilfenvorschriften erfüllt ist,
 2. im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur nach Absatz 1 bis 4 durchgeführt und beendet wurde,
 3. ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind, und
 4. die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch begründete ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist.

²Beihilfe zu Kuren für Beamte und Richter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1) wird nur gewährt, wenn neben den Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 1 und 2

1. durch begründete Bescheinigung eines Arztes nachgewiesen ist, dass die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 3 vorliegen und die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist,

2. die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat, und
 3. die Kur innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen wird.
- (6) ¹Bei Kuren nach den vorstehenden Absätzen sind neben Aufwendungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 beihilfefähig die Aufwendungen für
1. eine Familien- und Haushaltshilfe nach § 10a Nr. 3,
 2. Fahrkosten nach §10a Nr. 4 bis zu 120 Euro für die einfache Entfernung, darüber hinaus nur in ganz besonderen Fällen soweit nach eingehender ärztlicher Begründung kein näher gelegener Kurort in Betracht kommt,
 3. die Kurtaxe,
 4. den ärztlichen Schlussbericht, wenn er vorgelegt wird,
 5. eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für schwerbehinderte Menschen,
 6. Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 Euro pro Tag und Person, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 30 Tagen.

²Bei Kuren nach Absatz 1 Nummer 2 sind die Aufwendungen nach Nummer 2, 3 und 6 für nicht behandlungsbedürftige Geschwisterkinder, welche ein zu behandelndes Kind begleiten, beihilfefähig. Das Gleiche gilt für alle nicht behandlungsbedürftigen Kinder, welche einen zu behandelnden Elternteil begleiten.

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

§ 9

Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Voraussetzungen für Pflegeleistungen

- (1) ¹Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach § 14 Absatz 2 SGB XI aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. ²Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. ³Die Pflegebedürftigkeit muss voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern und einem Pflegegrad nach § 15 Absatz 3 SGB XI zuzuordnen sein, um einen Anspruch auf Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach § 9a bis § 9i zu begründen.
- (2) ¹Die Beihilfestelle entscheidet über die Pflegebedürftigkeit und die Beihilfe. ²Erforderlich ist eine Erhebung der die Pflegebedürftigkeit begründenden Kriterien durch ein medizinisches Gutachten, das zu dem Vorliegen der Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. ³Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist der von der Versicherung festgestellte Pflegegrad auch für die Beihilfe bindend, im Übrigen ist aufgrund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. ⁴Dies schließt Aufwendungen zu Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zu einer medizinischen Rehabilitation ein. ⁵Kostenanteile für die Erstellung des Gutachtens nach Satz 3 werden nicht erstattet. ⁶Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung eines höheren Pflegegrades bei der Beihilfestelle oder Pflegeversicherung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.
- (3) ¹Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 beschränkt sich der Anspruch nach Absatz 1 Satz 3 auf:
1. Pflegeberatung und Beratungsbesuch nach § 9a,
 2. Aufwendungen bei ambulanten Wohngruppen nach § 9b Absatz 4,
 3. Vergütungszuschläge nach § 9f Absatz 1 Satz 3,
 4. aktivierende Maßnahmen nach § 9f Absatz 2,
 5. Entlastungsbetrag nach § 9g Absatz 1,
 6. Wohnumfeldverbesserung nach § 9h,
 7. Pflegehilfsmittel nach § 9i.
- ²Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, besteht darüber hinaus je Kalendermonat Anspruch auf Beihilfe zu den vollstationären Aufwendungen bis zu dem Betrag nach § 43 Absatz 3 SGB XI.
- (4) Bei Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die von Ärzten begründet als notwendig bescheinigte Behandlungspflege beihilfefähig; § 6 Absatz 1 Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 9a

Pflegeberatung und Beratungsbesuch

(1) ¹Die Beihilfestelle trägt die Kosten für eine Pflegeberatung entsprechend § 7a SGB XI, wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige Leistungen der Pflegeversicherung

1. beziehen oder

2. beantragt haben und erkennbar Hilfs- und Beratungsbedarf besteht.

²Die Zahlung nach Satz 1 erfolgt auf formlosen Antrag an berechnigte Träger der Pflegeberatung. ³Es wird eine pauschale Beihilfe entsprechend der jeweils maßgeblichen Vereinbarung nach § 37 Absatz 1 der Bundesbeihilfeverordnung gewährt.

⁴Beihilfefähig sind Aufwendungen für Beratungsbesuche entsprechend § 37 Absatz 3 SGB XI ohne Anrechnung auf die Beträge nach § 9b Absatz 2 Satz 3.

§ 9b

Häusliche Pflege, Kombinationspflege, ambulante Wohngruppen

- (1) ¹Die Aufwendungen für häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte nach § 36 Absatz 4 Satz 2 und Satz 3 SGB XI (Pflegesachleistungen) sind in dem als notwendig festgestellten Umfang der Pflege einschließlich der Fahrkosten entsprechend des Pflegegrades des § 15 Absatz 3 SGB XI für Pflegebedürftige beihilfefähig in

1. Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro je Kalendermonat,
2. Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro je Kalendermonat,
3. Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro je Kalendermonat,
4. Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro je Kalendermonat.

²Im Übrigen ist § 5 Absatz 6 mit Ausnahme dessen Satz 3 anzuwenden.

³Bei einer Pflege durch nahe Angehörige sind die Aufwendungen im Rahmen des Satzes 1 nur unter den weiteren Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nummer 7 Satz 3 beihilfefähig; besteht danach kein Beihilfeanspruch, findet Absatz 2 Anwendung.

- (2) ¹Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegepersonen nach § 19 SGB XI wird ein Pflegegeld ohne Nachweis von Aufwendungen als beihilfefähig berücksichtigt. ²Der Anspruch setzt voraus, dass die oder der Pflegebedürftige mit dem zustehenden Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. ³Als beihilfefähig gelten in

1. Pflegegrad 2: 316 Euro je Kalendermonat,
2. Pflegegrad 3: 545 Euro je Kalendermonat,
3. Pflegegrad 4: 728 Euro je Kalendermonat,
4. Pflegegrad 5: 901 Euro je Kalendermonat.

⁴Die Beträge in Satz 3 vermindern sich anteilig nur um die Tage einer vollstationären Unterbringung nach § 6 Absatz 1 Nummer 6 und § 7, soweit diese über vier Wochen hinausgeht.

⁵Sie vermindern sich ebenso um Tage, an denen Beihilfe für vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 9e oder für vollstationäre Pflege nach § 9f zusteht. ⁶Für Tage, an denen Beihilfe zu Kurzzeitpflege nach § 9d Absatz 2 zusteht, erfolgt für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr die Minderung nur zur Hälfte. ⁷Dabei gelten Tage der An- und Abreise jeweils auch als volle Tage der häuslichen Pflege. ⁸Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist.

- (3) Werden im Kalendermonat sowohl Pflegesachleistungen nach Absatz 1 als auch Pflegegeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen (Kombinationspflege), so darf die Summe der nach den Absätzen 1 und 2 beihilfefähigen Beträge den nach dem Pflegegrad zutreffenden Höchstbetrag in Absatz 1 nicht übersteigen.
- (4) ¹Bei Pflegebedürftigen in ambulant betreuten Wohngruppen ist ein pauschaler Zuschlag nach Maßgabe des § 38a SGB XI beihilfefähig. ²Aufwendungen der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind nach Maßgabe des § 45e SGB XI beihilfefähig, wenn und soweit die Maßnahme von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird.

§ 9c

Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege

- (1) ¹Wird die Pflege teilstationär in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 Absatz 1 SGB XI erbracht, sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der notwendigen Fahrkosten und der Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege entsprechend des Pflegegrades nach § 15 Absatz 3 SGB XI beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind in

1. Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro je Kalendermonat,
2. Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro je Kalendermonat,
3. Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro je Kalendermonat,
4. Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro je Kalendermonat.

³§ 9f Absatz 1 Satz 3 ist entsprechend anzuwenden.

⁴Neben den Aufwendungen der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

1. Pflegesachleistungen (§ 9b Absatz 1),
2. Pflegegeld (§ 9b Absatz 2),
3. Zuschlag bei ambulanten Wohngruppen (§9b Absatz 4 Satz 1) nach Maßgabe des § 38a Absatz 1 Satz 2 SGB XI.

9d

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

- (1) Ist eine Pflegeperson nach § 9b Absatz 2 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für die Pflege bis zu dem in § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB XI genannten Betrag pro Kalenderjahr beihilfefähig (Verhinderungspflege).
- (2) ¹Kann die häusliche Pflege nach § 9b zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nach § 9c oder § 9e Satz 1 nicht aus, sind Aufwendungen für vollstationäre Pflege entsprechend § 42 Absatz 2 und 3 Satz 1 und Absatz 4 SGB XI beihilfefähig (Kurzzeitpflege). ²§ 9f Absatz 1 Satz 3 und Absatz 3 finden entsprechend Anwendung.
- (3) ¹Der beihilfefähige Höchstbetrag für Verhinderungspflege kann um bis zu 50 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages für Kurzzeitpflege erhöht werden, jedoch nur, soweit dieser Höchstbetrag noch nicht in Anspruch genommen wurde. ²Der in Anspruch genommene Betrag vermindert den beihilfefähigen Höchstbetrag für Kurzzeitpflege. ³Der beihilfefähige Höchstbetrag für Kurzzeitpflege kann um bis zu 100 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages für Verhinderungspflege erhöht werden, jedoch nur, soweit dieser Höchstbetrag noch nicht in Anspruch genommen wurde. ⁴Der dabei für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Betrag vermindert den beihilfefähigen Höchstbetrag für Verhinderungspflege.
- (4) Erfolgt die Verhinderungspflege nach Absatz 1 durch nahe Angehörige nach § 5 Absatz 4 Nummer 6 der pflegebedürftigen Person, sind die nachgewiesenen Aufwendungen für die Pflege pro Kalenderjahr bis zum 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes nach § 9b Absatz 2 beihilfefähig. Sind zusätzlich Aufwendungen für Fahrkosten oder ein Verdienstausfall entstanden, erhöht sich der beihilfefähige Betrag nach Satz 1 bis zu dem in § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB XI genannten Betrag; Absatz 3 findet Anwendung. Für die Angemessenheit der Aufwendungen für Fahrkosten gilt § 10a Nummer 4 entsprechend.

§ 9e

Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

¹Wird die häusliche Pflege teilstationär in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§§ 43a, 71 Absatz 4 SGB XI) erbracht, sind die Aufwendungen für die Pflege in der Einrichtung neben Aufwendungen nach § 9b Absatz 2 bis zur Höhe der Hälfte der in Satz 2 genannten Beträge beihilfefähig. ²Wird die Pflege vollstationär in Einrichtungen der Behindertenhilfe erbracht, gelten als beihilfefähige Aufwendungen für die Pflege in der Einrichtung in

1. Pflegegrad 2: 266 Euro je Kalendermonat,
2. Pflegegrad 3: 522 Euro je Kalendermonat ,
3. Pflegegrad 4: 698 Euro je Kalendermonat,
4. Pflegegrad 5: 863 Euro je Kalendermonat.

³Im Monat des Beginns und der Beendigung der Pflege werden die Beträge nach Satz 1 und 2 halbiert; im Übrigen sind Unterbrechungen bereits bei der Bemessung der Beträge berücksichtigt.

§ 9f

Vollstationäre Pflege, Vergütungszuschläge, Aktivierungsbetrag, Eigenanteil bei Unterkunft-, Verpflegungs- und Investitionskosten

- (1) ¹Aufwendungen für die vollstationäre Pflege sind nur in einer dafür zugelassenen Pflegeeinrichtung nach § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI beihilfefähig. ²Erfolgt die Unterbringung vollstationär, liegen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 oder der Kurzzeitpflege nach § 9d Absatz 2 und der Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 9e nicht vor, sind die auf die Pflege entfallenden Kosten im Rahmen der Höchstbeträge für Pflegesachleistungen nach § 9b Absatz 1 beihilfefähig. ³Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 84 Absatz 8 SGB XI in Verbindung mit § 85 Absatz 8 SGB XI sind beihilfefähig.
- (2) Der Betrag nach § 87a Absatz 4 SGB XI ist beihilfefähig, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft oder festgestellt wurde, dass sie nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI ist. ²Anstelle des Beihilfeberechtigten kann die Pflegeeinrichtung den Betrag gegenüber der Beihilfestelle geltend machen. ³Die gewährte Beihilfe ist vom Zahlungsempfänger zurückzufordern, wenn die oder der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig nach §§ 14 und 15 SGB XI eingestuft wird.
- (3) ¹Aus Anlass einer nach Absatz 1 beihilfefähigen vollstationären Pflege sind Aufwendungen für Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) insoweit beihilfefähig, als sie einen Eigenanteil übersteigen. ²Der Eigenanteil beträgt
1. bei Beihilfeberechtigten mit
 - a) einem Angehörigen 250 Euro je Kalendermonat,
 - b) zwei Angehörigen 220 Euro je Kalendermonat,
 - c) drei Angehörigen 190 Euro je Kalendermonat,
 - d) mehr als drei Angehörigen 160 Euro je Kalendermonat;die Beträge gelten für jede Person, wenn mehr als eine Person vollstationär pflegebedürftig ist,
 2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 70 Prozent der in § 2 Absatz 2 genannten Bruttobezüge sowie der Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen und zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen.

³Angehörige nach Satz 2 Nummern 1 und 2 sind Personen, die nach § 3 Absatz 1 berücksichtigungsfähig sind. ⁴Die in Satz 2 Nummern 1 und 2 bezeichneten Eigenanteile werden nur für Kalendertage abgezogen, für die Aufwendungen für Unterkunft in Rechnung gestellt sind.

§ 9g

Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch

- (1) Bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege sind Aufwendungen nach Maßgabe des § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag) beihilfefähig bei Inanspruchnahme von
1. Tages- oder Nachtpflege,
 2. Kurzzeitpflege, jedoch ohne Eigenanteile nach § 9f Absatz 3,
 3. Pflegesachleistungen, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung im Sinne des § 14 Absatz 2 Nummer 4 SGB XI,
 4. nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI.
- (2) ¹Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Beihilfegewährung zu nach Absatz 1 Nummer 4 zustehenden Aufwendungen unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf Pflegesachleistungen nach § 9b Absatz 1 beantragen, soweit für den jeweiligen Kalendermonat für die geltend gemachten Aufwendungen noch keine Beihilfe zu vorrangig zu gewährenden Pflegesachleistungen nach § 9b Absatz 1 bezogen wurde. ²Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 9b Absatz 1 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen beihilfefähigen Höchstbetrags nicht überschreiten. ³Die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erfolgen unabhängig voneinander.

§ 9h

Individuelle Wohnumfeldverbesserung

Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes nach § 40 Absatz 4 SGB XI sind beihilfefähig, wenn und soweit die Maßnahme von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird.

§ 9i

Pflegehilfsmittel

¹Aufwendungen für Hilfsmittel zur Linderung von Beschwerden, zur Erleichterung der Pflege oder der selbständigen Lebensführung der oder des Pflegebedürftigen sind nach Maßgabe der Anlage beihilfefähig oder wenn und soweit das Hilfsmittel von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird. ²Bei stationärer Pflege gilt Satz 1 nur für Gegenstände, die zum Verbrauch bestimmt, die individuell angepasst oder die überwiegend nur der oder dem Pflegebedürftigen allein überlassen sind, sofern sie nicht üblicherweise von der Einrichtung vorzuhalten sind. ³Für ärztlich schriftlich verordnete, zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, die nicht bereits nach Anlage 2 beihilfefähig sind, sind bei häuslicher Pflege Aufwendungen bis zu dem in § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI genannten Betrag monatlich beihilfefähig.

§ 9j

Pflegeunterstützungsgeld

¹Hat eine nicht beihilfeberechtigte Person einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 SGB XI wegen der Pflege einer beihilfeberechtigten Person oder eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wird hierzu eine Beihilfe unter Anwendung des für die gepflegte beihilfeberechtigte Person oder den berücksichtigungsfähigen Angehörigen maßgeblichen Bemessungssatzes gewährt. ²Die Festsetzung des Pflegeunterstützungsgeldes erfolgt auf schriftlichen Antrag der nicht beihilfeberechtigten Person nach Satz 1.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge

- (1) ¹Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nur beihilfefähig
1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
 2. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann,
 3. bei Frauen vom Beginn des 20. bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an die Aufwendungen für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
 4. bei Personen vom Beginn des 36. Lebensjahres an die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. ²Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,
 5. Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko, wenn die Leistungen nach Maßgabe der Anlage 14 zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) erbracht werden,
 6. **Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko, wenn die Leistungen nach Maßgabe der Anlage 14a BBhV erbracht werden.**
- (2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 1000 bis 1040 und 2000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).
- (3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen, wenn diese notwendig sind, um
1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
 3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
 4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- (4) ¹Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, die auf Grund des Infektionsschutzgesetzes angeordnet oder von der obersten Gesundheitsbehörde des Landes öffentlich empfohlen sind. ²Die Beihilfestelle kann die Kosten einer Impfkation in einer Dienststelle voll übernehmen, wenn dies kostengünstiger als Beihilfe zu privatärztlichen Einzelimpfungen ist.

- (5) Reichen bei gefährdeter Gesundheit Maßnahmen nach Absatz 1 und 3 nicht aus, kann Beihilfe zu Aufwendungen für qualitätsgeprüfte ambulante Maßnahmen entsprechend § 137d SGB V gewährt werden, die unter ärztlicher Betreuung und Überwachung von Angehörigen der Heilberufe (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 Satz 3, gegebenenfalls in Verbindung mit Nr. 1.1 der Anlage) durchgeführt werden.

§ 10a Sonstige Aufwendungen

¹Beihilfefähig sind außerdem die Aufwendungen für

1. von Ärzten schriftlich verordnete ambulante sozialmedizinische Nachsorge für chronisch oder schwerstkranke Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr im Anschluss an eine stationäre Maßnahme, wenn dadurch die stationäre Maßnahme verkürzt wird oder die nachfolgende ambulante Weiterbehandlung gesichert wird,
2. von Ärzten schriftlich verordnete ambulante Psychotherapie bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Jahren, wenn die Person wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche, ärztlich verordnete oder psychotherapeutische Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und soweit dadurch nach § 6 beihilfefähige Aufwendungen erspart werden,
3. ¹Familien- und Haushaltshilfe pro Stunde
 - a) für hauptberufliche Pflegekräfte in Höhe von 0,8 Prozent,
 - b) für nebenberufliche Pflegekräfte in Höhe von 0,4 Prozent

der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Bezugsgröße, anteilig je Kalendermonat aufgerundet auf volle Euro. ²Als angemessen gelten Aufwendungen für bis zu 12 Stunden pro Tag. ³Mit ärztlicher Begründung kann auch in Zeitbedarf von bis zu 24 Stunden pro Tag als angemessen angesehen werden. ⁴Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass

- a) die sonst den Haushalt allein oder überwiegend führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person aufgrund ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung wegen Krankheit, Anschlussheil-, Sucht- und Rehabilitationsbehandlungen, Kuren, Schwangerschaft und Geburt oder Pflege (§§ 6 bis 9j, § 10a Nummer 5 sowie § 11) den Haushalt nicht weiterführen kann,
- b) im Haushalt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind verbleibt, welches das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
- c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann.

⁵Dies gilt auch für bis zu sieben, in ärztlich begründeten Fällen bis zu weiteren 14 Tagen nach Ende der außerhäuslichen Unterbringung. ⁶§ 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 gilt entsprechend. ⁷Anstelle einer außerhäuslichen Unterbringung nach Satz 4 Buchstabe a kann auch eine langfristige häusliche Bettlägerigkeit, insbesondere bei Problemschwangerschaft, oder langfristige krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Verrichtung der häuslichen Tätigkeiten Voraussetzung sein; in diesen Fällen wird Beihilfe für Familien- und Haushaltshilfe ab Beginn der vierten Woche gewährt, wenn mindestens ein Kind unter zwölf Jahren vorhanden ist. ⁶Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. ⁷Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt eines nahen Angehörigen (§ 5 Abs. 4 Nr. 6 Buchst. a) sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 4) nicht beihilfefähig,

4. Fahrten bei Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer, zahnärztlicher Leistungen und Krankenhausleistungen sowie bei Heilbehandlungen (§ 6 Abs. 1 Nr. 3) und für eine erforderliche Begleitung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung. ²Höhere Fahr- und Transportkosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Landesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig.

³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) die Mitnahme weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
 - b) die Verwendung privat genutzter Fahrzeuge, Taxen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometer; dies gilt nicht wenn eine Schwerbehinderung mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilfflos) im Schwerbehindertenausweis oder ein Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorliegt vorliegt, sowie bei Fahrten aufgrund einer Dialysebehandlung, onkologischen Strahlen- und Chemotherapie, **ambulanten Rehabilitationsbehandlung, ambulanten Anschlussheilbehandlung** sowie Behandlungen, bei denen eine Grunderkrankung nach einem vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine vergleichbar hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,
 - c) die Mehrkosten von Fahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist, und zurück,
 - d) Rücktransport wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen Reise,
5. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 30 Euro täglich. ²Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 30 Euro täglich beihilfefähig. ³Diese Vorschrift findet bei Kuren oder ähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
6. **ambulante Nachsorgebehandlungen, welche im Anschluss an stationäre Suchtbehandlungen erfolgen.** ²Diese sind in angemessener Höhe als beihilfefähig anzuerkennen,
7. Leistungen bei einem Organspender, wenn die das Organ erhaltende Person beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig ist, im Rahmen von § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 9, § 6a, 7 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und vorstehenden Nummern 3 bis 5, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. ²Dem Arbeitgeber der Organspenderin oder des Organspenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt entsprechend § 3a Entgeltfortzahlungsgesetz zum Bemessungssatz der Organempfängerin oder des Organempfängers erstattet. ³Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen,
8. behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

§ 11

Beihilfe bei Geburtsfällen

- (1) Im Hinblick auf eine Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen
1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
 2. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 6, §§ 6a, 7 Abs. 1 Nr. 1, § 10a Nr. 3 und in Einrichtungen der Geburtshilfe, die von Hebammen geleitet werden,
 3. für die Hebamme und den Entbindungspfleger nach Maßgabe der Hebammengebührenordnung,
 4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung der Geburtshilfe oder in einem Krankenhaus bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits Krankenpflege im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 7 erhält; § 6 Abs. 1 Nr. 7 ist entsprechend anzuwenden,
 5. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind.
- (2) ¹Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes und die sonstigen Aufwendungen, die im Zusammenhang mit den während der Schwangerschaft und nach der Entbindung üblichen Untersuchungen entstehen, wird eine pauschale Beihilfe von 250 Euro gewährt. ²Dies gilt auch, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. ³Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Beihilfe der Mutter gewährt.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen bei Todesfällen

- (1) ¹In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, die Einsargung, die Überführung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle sowie der Grundlage für einen Grabstein eine pauschale Beihilfe in Höhe von 1900 Euro gewährt. ²Daneben sind Aufwendungen für den Sarg, die Urne und für das Nutzungsrecht für einen Beisetzungsplatz beihilfefähig; Aufwendungen für das Nutzungsrecht vor dem Tode gelten als am Todestag entstanden, soweit sie anteilig auf die Zeit ab dem Tode entfallen.
- (2) ¹Stehen anlässlich des Todes einer Person Sterbegelder auf Grund von Rechtsvorschriften, arbeitsvertraglichen Regelungen oder aus Zusatzversorgungseinrichtungen zu, die insgesamt den Betrag von 1500 Euro übersteigen, so ist die Pauschalbeihilfe nach Absatz 1 Satz 1 auf 1300 Euro zu kürzen. ²Übersteigen die Sterbegelder 2700 Euro, so ist die Pauschalbeihilfe auf 700 Euro zu kürzen; übersteigen sie 3900 Euro, so wird keine Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 gewährt. ³Übersteigen die Sterbegelder den Betrag von 4900 Euro, so sind auch Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht beihilfefähig.
- (3) Verbleibt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren im Haushalt und kann dieser beim Tode des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 10a Nr. 3 bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr beihilfefähig.
- (4) ¹Die Ansprüche nach Absatz 1 stehen vorrangig dem hinterbliebenen Ehegatten, dem hinterbliebenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, den leiblichen Kindern und Adoptivkindern eines verstorbenen Beihilfeberechtigten zu. ²Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt. ³Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tag vor dem Tod.
- (5) Andere als die in Absatz 4 genannten natürlichen sowie juristische Personen erhalten Beihilfe nach Absatz 1 und nach Maßgabe des Absatzes 4 Satz 3, wenn sie von dritter Seite in Rechnung gestellte Aufwendungen nachweislich bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen.
- (6) Bestattungsunternehmen erhalten Beihilfe nach Absatz 1 und nach Maßgabe des Absatzes 4 Satz 3, höchstens jedoch in tatsächlich entstandener Höhe, wenn sie Aufwendungen nach Absatz 1 nachweislich getragen haben (Sach- und Personalkostennachweis).

§ 13

Beihilfefähige außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

- (1) ¹Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland am Sitz der Beihilfestelle oder deren nächster Umgebung entstanden und beihilfefähig gewesen wären; nicht beihilfefähig sind außerhalb der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz entstandene Aufwendungen nach § 6a Absatz 1 Nummer 3, § 7 Absatz 1 Nummer 3 und 4, §§ 8, 10a und 15 Absatz 4. ²Außerhalb der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz entstandene Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen nach § 7 Absatz 1 Nummer 2 sind höchstens bis zur in § 8 Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 bestimmten Höhe und Dauer beihilfefähig. ³In einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. ⁴Bei innerhalb der in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist regelmäßig ein Kostenvergleich nicht erforderlich, es sei denn, dass gebietsfremden Personen regelmäßig höhere Preise als ansässigen Personen berechnet werden; die beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge sind zu beachten. ⁵Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen voll entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Vergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, hat die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit im Rahmen der Sätze 1 und 3 nach billigem Ermessen ganz oder teilweise anzuerkennen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Beschreibung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege vorlegt.
- (2) ¹Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, jedoch unter Beachtung der beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge,
1. wenn sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
 2. wenn und soweit die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. ²Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein begründetes medizinisches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. ³Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nur nach Maßgabe der Absätze 1, 3 und 4 zulässig,
 3. wenn sie 1.000 Euro nicht übersteigen,
 4. bei Beihilfeberechtigten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland, die ins Ausland abgeordnet oder zugewiesen sind, und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen; die Aufwendungen sind unter Beachtung der Verhältnisse im Gastland in angemessenem Umfang beihilfefähig,
 5. wenn zur Notfallversorgung die nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit aufgesucht werden muss.

- (3) ¹Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinne von § 7 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz entstandene Aufwendungen sind nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären; die beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge sind zu beachten. ²Bei Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen die sonstigen Voraussetzungen des § 8 Absatz 2 und 5 vorliegen. ³Bei Müttergenesungskuren, Vätergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren und Vater-Kind-Kuren müssen die sonstigen Voraussetzungen des § 8 Absatz 3 und 5 vorliegen. ⁴Bei ambulanten Heilkuren muss der Kurort im Kurortverzeichnis EU-Ausland des Bundesministeriums des Innern aufgeführt sein und die sonstigen Voraussetzungen des § 8 Absatz 4 und 5 vorliegen.
- (4) ¹Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinne von § 7 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder 3 außerhalb der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz entstandene Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn vor Antritt der Reise
1. durch medizinisches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen wesentlich größerer Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz zwingend notwendig ist und
 2. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Kurortverzeichnis Ausland des Bundesministeriums des Innern aufgeführt ist und die sonstigen Voraussetzungen des § 8 Absatz 4 und 5 vorliegen.

²Die Aufwendungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 und § 8 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 5 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig; die beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge sind zu beachten. ³Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind höchstens bis zur in § 8 Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 bestimmten Höhe und Dauer beihilfefähig.

§ 14

Bemessung der Beihilfe

- (1) ¹Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). ²Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für
1. Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sowie für entpflichtete Hochschullehrer 50 vom Hundert,
 2. Empfänger von Versorgungsbezügen, die als solche beihilfeberechtigt sind, sowie berücksichtigungsfähige Ehegatten oder berücksichtigungsfähige Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz 50 vom Hundert,
 3. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind 80 vom Hundert.
- ³Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
- (2) ¹Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen
1. nach § 10 a Nr. 3 und § 12 Abs. 3 als Aufwendungen des jüngsten verbleibenden Kindes,
 2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten, **sofern mehrere Personen begleitet werden, als Aufwendungen der begleiteten Person mit dem höheren Bemessungssatz,**
 3. nach § 11 Abs. 1 als Aufwendungen der Mutter,
 4. nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 in Indexfällen als Kosten der erkrankten Person. ²In Fällen prädiktiver Gentests gelten die Aufwendungen der Indexpatienten als Kosten der gesunden Ratsuchenden.
- (3) ¹Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Regelleistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 vom Hundert, jedoch höchstens auf 90 vom Hundert. ²Satz 1 gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V erfüllt und eine Aufnahme in den Standardtarif oder die Streichung des Risikoausschlusses gegen Risikozuschlag aber nicht zu zumutbaren Bedingungen möglich ist.
- (4) ¹Bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich ihrer familienversicherten Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung der nachzuweisenden Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen, wenn die Kassenleistung das in der gesetzlichen Pflichtversicherung übliche Maß nicht unterschreitet. ²Satz 1 gilt nicht für Belege, zu denen keine oder nur eine geringere als die übliche Kassenleistung gewährt wird, insbesondere wegen eines Wahltarifs mit Selbstbehalt.

- (5) ¹Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung zu nach §§ 9a, 9b Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 bis 4, §§ 9c bis 9f Absatz 1 und 2, §§ 9g bis 9j beihilfefähigen Aufwendungen grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 vom Hundert. ²Soweit die beihilfefähigen Aufwendungen die jeweiligen vollen Höchstbeträge nach dem SGB XI übersteigen, ist Absatz 1 anzuwenden.
- (6) Bei Anlegung eines strengen Maßstabs kann der Bemessungssatz in besonderen Härtefällen, insbesondere wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind, erhöht werden.

§ 15

Begrenzung der Beihilfe

- (1) ¹Die Beihilfe wird vor Anwendung der Absätze 2 bis 4 um eine Kostendämpfungspauschale für jedes Kalenderjahr gekürzt, in dem beihilfefähige Aufwendungen in Rechnung gestellt sind. ²Der Betrag ist unabhängig von der Fortdauer der Beihilfeberechtigung, die Höhe richtet sich nach der Besoldungsgruppe, nach der die laufenden Bezüge bei Rechnungsstellung bemessen sind, bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst nach der Eingangsbesoldungsgruppe; Änderungen der Besoldung im Lauf eines Jahres führen nicht zu einer Änderung der Stufe. ³Sind die laufenden Bezüge nicht nach einer nachstehend genannten Besoldungsgruppe bemessen, so hat die Zuordnung zu der Stufe der Besoldungsgruppe zu erfolgen, deren Anfangsgrundgehalt den laufenden Bezügen am nächsten kommt. ⁴Die Beihilfe für Hinterbliebene oder für hinterbliebene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz wird insoweit nicht nochmals gekürzt, als für das Jahr des Todes des verstorbenen Beihilfeberechtigten bereits eine Kürzung erfolgt ist. ⁵Die Kostendämpfungspauschale beträgt in

Beträge in Euro

Stufe	Bezüge nach Besoldungsgruppen	Aktive	Versorgungsempfänger
1	A 7	90	75
2	A 8 bis A 9	100	85
3	A 10 bis A 11	115	105
4	A 12, C 1, C 2, C 3	150	125
5	A 13 bis A 14, R 1, W 1, H 1 bis H 2	180	140
6	A 15 bis A 16, R 2, C 4, W 2, H 3	225	175
7	B 1 bis B 2, W 3, H 4	275	210
8	B 3 bis B 5, R 3 bis R 5, H 5	340	240
9	B 6 bis B 8, R 6 bis R 8	400	300
10	Höhere Besoldungsgruppen	480	330

⁶Hiervon ausgenommen sind Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, sowie Beihilfen nach §§ 9a bis 9f Absatz 1 und 2, §§ 9g bis 9j, § 10a Nummer 7, § 11 Absatz 2 und § 15 Absatz 4.

- (2) ¹Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus Krankenversicherungen, Pflegeversicherungen, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. ²Hierbei bleiben Sterbegelder, Wohngeld, Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- und Pfl egetagegeldversicherungen, aus nicht aufwandsbezogenen Kapitalversicherungen sowie Ansprüche nach § 1968 BGB unberücksichtigt. ³Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. ⁴Bei pauschalen Beihilfen nach § 9b Absatz 2 und Absatz 4 und § 9f Absatz 2 sowie § 11 Absatz 2 sind Aufwendungen in Höhe des Pauschalbetrags zugrunde zu legen. ⁵Die Sätze 1 bis 4 gelten nicht für Beihilfen nach § 12 Abs. 1 und 2.

- (3) ¹Die in Absatz 2 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. ²Wenn die Leistungen aus einer privaten Kranken- oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem für alle Aufwendungen einheitlich hohen für alle Aufwendungen einheitlich hohen Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich; in diesem Fall werden die Leistungen der Versicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. ³Gleiches gilt für Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI. ⁴Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen, auch wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. ⁵Aufwendungen nach § 12 werden getrennt abgerechnet.
- (4) ¹Wird die beihilfefähige Wahlleistung Unterkunft (§ 6a Absatz 1 Nummer 3, 7 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3) anlässlich eines Aufenthalts in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einem Krankenhaus nach § 7 Absatz 2 nicht beansprucht, so wird stattdessen eine Beihilfe von 11 Euro pro Tag, an dem die Leistung berechenbar gewesen wäre, gewährt. ²Für nicht beanspruchte wahlärztliche Leistungen (§§ 6a Absatz 1 Nummer 3, 7 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3) anlässlich eines Aufenthalts nach Satz 1 wird eine Beihilfe von 22 Euro pro Tag, an dem die Leistungen berechenbar gewesen wären, gewährt.
- (5) ¹Die Beihilfestelle kann mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. ²Dabei sollen auch feste Preise vereinbart werden, die deutlich unter den nach dieser Verordnung maßgeblichen Gebührenrahmensätzen und Höchstbeträgen liegen.

§ 16

aufgehoben

§ 17

Verfahren

- (1) ¹Beihilfe wird auf schriftlichen Antrag der Beihilfeberechtigten gewährt; hierfür sind im Bereich der Landesverwaltung die vom Finanzministerium, im übrigen Bereich die vom Finanzministerium oder der Beihilfestelle bekannt gegebenen Formblätter zu verwenden. ²Die Beihilfestelle kann elektronische Antragstellung **sowie Kommunikationsmöglichkeiten (§ 3a Landesverwaltungsverfahrensgesetz – LVwVfG)** zulassen und die dafür erforderlichen Standards festlegen.
- (2) aufgehoben
- (3) ¹Beihilfe wird nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. ²Würde mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfe zustehen, so wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.
- (4) ¹Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege unmittelbar der Beihilfestelle vorzulegen. ²Die Beihilfestelle soll die Angaben zur Beihilfeberechtigung und zur Berücksichtigung nach den §§ 2 bis 4 mit den für die Bezüge maßgeblichen Daten abgleichen. ³Auf im Inland ausgestellten Arzneimittelrezepten muss die Pharmazentralnummer angegeben sein. ⁴Beihilfe zu Aufwendungen für Arzneimittel wird für Personen, die eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291a SGB V erhalten haben, grundsätzlich nur gewährt, wenn dabei die Karte eingesetzt wird. ⁵Die Beihilfestelle darf bei begründeten Zweifeln an der Echtheit eines Belegs, insbesondere einer Computerrechnung ohne vorgedruckten Briefkopf, die erforderliche Auskunft unmittelbar beim Aussteller einholen.
- (5) Als Beihilfestellen entscheiden, soweit in Rechtsvorschriften oder von den obersten Dienstbehörden nichts anderes bestimmt ist,
 1. die obersten Dienstbehörden über die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
 2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden über die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs,
 3. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger.
- (6) ¹In automatisierten Zahlungsverfahren soll die Beihilfe grundsätzlich auf das Bezügekonto überwiesen werden; abweichende Überweisungswege sind zu überwachen, Barauszahlungen und Überweisungen auf Zweitkonten sind nicht zulässig. ²Nach dem Tod des Beihilfeberechtigten ist die Beihilfe auf das Bezügekonto zu zahlen. ³Ein abweichendes Konto kann nur von demjenigen bestimmt werden, der gemäß Erbschein, Testamentsvollstreckerzeugnis oder Ausfertigung oder beglaubigter Abschrift einer letztwilligen Verfügung nebst zugehöriger Eröffnungsniederschrift als Erbe oder Testamentsvollstrecker bezeichnet wird. ⁴Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für die Beihilfe nach § 12 Absatz 1 sowie für Beihilfe an Personen nach § 2 Absatz 2 Satz 4.

- (7) Den Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen gewährt werden.
- (8) ¹Nur solche Originalbelege, deren Vorlage vorgeschrieben oder ausdrücklich verlangt worden ist, werden zurückgegeben. ²Sie können vor der Rückgabe von der Beihilfestelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich gemacht werden. ³Andere Belege kann die Beihilfestelle einbehalten.
- (9) ¹Ist eine vorgeschriebene vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ohne Verschulden und nicht lediglich aus Unkenntnis verhindert war, die Anerkennung zu beantragen und die Antragsstellung innerhalb eines Monats nach Wegfall des Hindernisses nachgeholt worden ist. ²Im Übrigen gilt § 32 des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend.
- (10) ¹Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die Beihilfeberechtigten sie vor Ablauf der beiden Kalenderjahre beantragt haben, die auf das Jahr des Entstehens der Aufwendungen oder, wenn es sich nicht um Aufwendungen nach § 9b Absatz 2 und 4 handelt, der ersten Ausstellung der Rechnung folgen. ²Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfe nach § 9 und § 15 Abs. 4 jeder Pfllegetag, nach § 11 Abs. 2 der Tag der Geburt oder der Annahme als Kind maßgebend. ³Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn Adressat der Rechnung nicht der Beihilfeberechtigte selbst in Person, sondern ein anderer Kostenschuldner ist. ⁴Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.

§ 18

Datenschutz

- (1) ¹Beihilfeangelegenheiten sind in einer von der übrigen Personalverwaltung unabhängigen, getrennten Beihilfestelle zu bearbeiten. ²Die Trennung muss durch organisatorische Regelungen und technische Zugriffssperren gewährleistet werden. ³Die Beihilfestelle darf Beihilfeangelegenheiten nur für solche andere Stellen erledigen, die zusichern, dass sie diese Datenschutzvorschriften beachten.
- (2) ¹Die Beihilfestelle hat die notwendigen organisatorischen und technischen Maßnahmen zu treffen, um die im Zusammenhang mit Verfahren auf Gewährung von Beihilfe stehenden personenbezogenen Daten (Beihilfedaten) vor unbefugter Kenntnisnahme und Nutzung zu schützen.
²An dem Schutz der Beihilfedaten haben auch alle Informationen und Unterlagen der Angehörigen der Beihilfeberechtigten teil, die sich auf Geburts-, Krankheits-, Pflege- oder Todesfälle sowie auf Gesundheitsvorsorge beziehen oder im Zusammenhang mit einer Beihilfeangelegenheit sonstige finanzielle oder familienbezogene Umstände betreffen. ³Gleiches gilt für solche Beihilfestammdaten, die als beihilferechtliche Konsequenz aus Bezügedaten festzustellen sind, insbesondere hinsichtlich der Berücksichtigung nach §§ 3 und 4.
- (3) ¹Beihilfedaten und Beihilfeakten sollen im Schriftverkehr zur Vermeidung von Fehlleitungen und zur Wahrung besonderer Vertraulichkeit eindeutig als solche und nicht lediglich als Personaldaten oder Personalakten bezeichnet werden. ²Sind bei Auskunftersuchen nicht eindeutige Bezeichnungen verwendet, ist bis zur ausdrücklichen Klarstellung in jedem Einzelfall davon auszugehen, dass Beihilfedaten und Beihilfeakten nicht angesprochen sind.
- (4) ¹Vorschriften über die Benutzung des Dienstwegs sind in Beihilfeangelegenheiten nicht anzuwenden. ²Ein Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für eine Heilkur (§ 8 Abs. 5 Satz 2) soll über die für die Urlaubsbewilligung zuständige Stelle unmittelbar der Beihilfestelle zugeleitet werden; begründende Unterlagen sind in verschlossenem Umschlag beizufügen und ungeöffnet weiterzuleiten oder unmittelbar der Beihilfestelle zuzuleiten.
- (5) ¹Soweit für Beihilfezwecke medizinische Gutachten ohne Bezeichnung der Gutachterstelle vorgesehen sind, soll ein - bezüglich des anzugebenden Zwecks ausreichend begründetes - amtsärztliches Zeugnis des Gesundheitsamts eingeholt werden. ²Die Beihilfestelle kann stattdessen andere Stellen oder Personen zur Begutachtung benennen.
- (6) ¹Ein gegebenes Einverständnis zur Einholung von erforderlichen Auskünften bei Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen, Rechnungen ausstellen, bei Versicherungen und anderen Kostenträgern oder eine Entbindung von der Schweigepflicht kann von der Beihilfestelle nur insoweit als Grundlage für Auskunftersuchen verwendet werden, als sich das Einverständnis zweifelsfrei auf den konkreten Sachverhalt erstreckt. ²Auskunftersuchen zur Krankheitsgeschichte und zur Bewertung der Schwierigkeit ärztlicher Leistungen soll die Beihilfestelle auch bei vorliegendem Einverständnis nicht direkt an den Behandler richten.
- (7) ¹In Verträgen nach § 15 Abs. 5 darf von Verfahrensregelungen dieser Verordnung abgewichen werden, der Schutz der Beihilfedaten muss vertraglich gewährleistet bleiben. ²An Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige kann die Beihilfestelle Chipkarten mit Daten entsprechend § 291 SGB V, und zum Umfang des Beihilfeanspruch herausgeben, wenn die entsprechende Verwendung in solchen Verträgen geregelt ist.
- (8) ¹Bei der Veranschlagung und Anforderung von Haushaltsmitteln für Beihilfe ist darauf zu achten, dass Rückschlüsse auf einzelne Beihilfeberechtigte nicht möglich sind. ²Gleiches gilt für die Haushaltsrechnung.

- (9) ¹Schriftliche Unterlagen über Beihilfeangelegenheiten sollen unverzüglich ausgesondert und vernichtet werden, wenn die Daten für die vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist durch automatisierte Datenverarbeitung gespeichert sind.

§ 19

Übergangsvorschriften

- (1) ¹Kinder gelten übergangsweise nach § 3 weiterhin als berücksichtigungsfähig, wenn sie im Sommersemester 2006 oder im Wintersemester 2006/07 an einer Hochschule eingeschrieben waren, solange sie die im Einkommensteuergesetz in der bis 31. Dezember 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen für den Kindergeldbezug weiterhin erfüllen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich Wehr- oder Ersatzdienstzeiten oder davon befreiender Tätigkeit als Entwicklungshelfer. ²§ 3 Abs. 3 und § 14 Abs. 1 Satz 3 finden Anwendung.
- (2) ¹§ 15 Abs. 2 und 3 gilt nicht für Personen, die mindestens seit 1. Januar 1985 in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind, hinsichtlich der Leistungen aus diesem Tarif, solange sie diesen Tarif beibehalten und nicht zu zumutbaren Bedingungen einen restkostendeckenden Prozenttarif abschließen können. ²§ 14 Abs. 3 Satz 2 ist sinngemäß anzuwenden.
- (3) ¹Die Gemeinden, Landkreise, und sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts können die nach den vorstehenden Bestimmungen zu leistende Beihilfe auch durch ein Versicherungsunternehmen ganz oder teilweise auszahlen lassen, wenn sie bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung entsprechend verfahren. ²Sie haben etwaige Unterschiedsbeträge auszugleichen und bleiben Leistungsschuldner.
- (4) ¹Werden Regelungen des Bundesministeriums des Innern geändert, die nach dieser Verordnung anzuwenden sind, gelten die Änderungen auch im Rahmen dieser Verordnung, soweit das Finanzministerium übergangsweise nichts anderes bestimmt. ²Gleiches gilt für solche Beträge in §§ 9a bis 9j, wenn durch Verordnung der Bundesregierung nach § 30 SGB XI gleiche Beträge in entsprechenden Vorschriften geändert werden.
- (5) aufgehoben
- (6) ¹§ 14 Absatz 1 findet in der bis 31. Dezember 2012 gültigen Fassung weiterhin Anwendung für am 31. Dezember 2012 vorhandene Beihilfeberechtigte im Sinne des § 2 Absatz 1, 3 und 4 in der am 31. Dezember 2012 gültigen Fassung. ²Gleiches gilt für nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Geltungsbereich der Beihilfeverordnung wechselnde Personen, die am 31. Dezember 2012 im Geltungsbereich eines anderen Dienstherrn beihilfeberechtigt waren sowie für nach §§ 9a bis 9j beihilfefähige Aufwendungen, soweit sich die Beihilfe nicht nach § 14 Absatz 5 Satz 1 bemisst. ³Satz 1 gilt auch für hinterbliebene Ehegatten und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz von Beihilfeberechtigten nach Satz 1 oder Satz 2 im Rahmen der Beihilfeberechtigung nach § 2 Absatz 1 Nummer 3.
- (7) Nummer 1.2.1 Buchstabe b der Anlage gilt in der bis 31. Dezember 2012 gültigen Fassung weiterhin für Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen, die vor dem 1. Januar 2013 begonnen wurden, es sei denn, dass die Aufwendungen erst nach dem 31. Dezember 2013 entstanden sind.
- (8) Für die am 31. Dezember 2016 vorhandenen Pflegebedürftigen, die zum 1. Januar 2017 nicht in einen Pflegegrad nach § 9 Absatz 2 Satz 2 in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung übergeleitet werden, gelten §§ 140 und 141 Absatz 1 und 2 sowie § 142 Absatz 1 SGB XI entsprechend; § 141 Absatz 2 SGB XI gilt auch für übergeleitete Pflegebedürftige.

- (9) ¹Für Aufwendungen nach § 9, die vor dem 1. Januar 2015 entstanden sind, gilt § 9 in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung. ²Für Aufwendungen einer Kurzzeitpflege während der häuslichen Krankenpflege nach § 6 Absatz 1 Nummer 7, die vor dem 1. Januar 2016 entstanden sind, gilt § 6 Absatz 1 Nummer 7 in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung. ³Für Aufwendungen, die vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind, gelten §§ 2, 6 Absatz 1 Nummer 8, §§ 9, 10a Satz 3 Nummer 4 Buchstabe b, §§ 13 Absatz 3 und 4, § 14 Absatz 5 Satz 1, § 15 Absatz 1 und 2, § 17 Absatz 10 und § 19 Absatz 4 und 6 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung.
- (10) Noch nicht genutzte Beträge aus § 45b SGB XI in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung aus den Jahren 2015 und 2016 sind für Aufwendungen nach § 45b SGB XI sowohl in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung als auch in der ab 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung übertragbar.

§ 20

Inkrafttreten

- (1) ¹Diese Verordnung tritt am 1. November 1995 in Kraft. ²Gleichzeitig tritt die Beihilfeverordnung vom 12. März 1986 (GBl. S. 67) und die sie ändernden Verordnungen, zuletzt Verordnung vom 7. Dezember 1993 (GBl. S. 743), außer Kraft.
- (2) ¹Auf die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung entstandenen Aufwendungen sind die bis dahin geltenden Vorschriften anzuwenden. ²Gleiches gilt für nach Inkrafttreten entstehende Aufwendungen, die auf Grund der bisher geltenden Vorschriften schriftlich als beihilfefähig anerkannt worden sind, längstens bis 31. Dezember 1996.
- (3) ¹Pauschale Beihilfe nach § 9 Abs. 4 wird mit Rückwirkung ab 01. April 1995 gewährt, soweit die Voraussetzungen nachgewiesen sind und der Antrag bis spätestens 31. Dezember 1995 gestellt wird. ²Ein in der Zeit zwischen Verkündung des Pflegeversicherungsgesetzes und Inkrafttreten dieser Verordnung gestellter Antrag ist fristwährend.
- (4) Beihilfe nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 in der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Fassung wird für Pflegeleistungen bis 31. Dezember 1995 weitergewährt, wenn im Monat März 1995 hierfür Beihilfe zugestanden hat; die nach dieser Verordnung zustehende Beihilfe wird jedoch gewährt, wenn sie höher ist.

Anlage zur Beihilfeverordnung

1. Einschränkungen zu § 5 Abs. 1 und §§ 6 ff.
 - 1.1 ¹Die Angemessenheit ärztlicher, psychotherapeutischer und zahnärztlicher Aufwendungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der jeweils geltenden Gebührenordnungen für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Zahnärzte; soweit gebührenrechtlich zulässig und begründet, ist auch eine über den Schwellenwert hinausgehende Gebühr angemessen. ²Angemessen sind auch Aufwendungen für Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder auf Grund von Verträgen von Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. ³Werden Leistungen nach Satz 1 nach Regeln in Vereinbarungen über medizinische Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungsträger auf Bundes- oder Landesebene zusammen mit Leistungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 oder anderer sozialtherapeutischer Berufe erbracht und pauschal berechnet, so sind unter denselben Voraussetzungen die mit den anderen Leistungsträgern vereinbarten pauschalen Vergütungen beihilfefähig.
 - 1.2. Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen einschließlich Kieferorthopädie
 - 1.2.1 Nicht beihilfefähig sind
 - a) Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden,
 - b) die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C, F und H des Gebührenverzeichnisses der GOZ entstandenen Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Absatz 3 und § 9 der GOZ, soweit sie 70 vom Hundert der ansonsten beihilfefähigen Aufwendungen übersteigen,
 - c) Aufwendungen für besondere individuelle Zahngestaltung, Charakterisierung, besondere Farbauswahl und Farbgebung, Bemalen, Bleaching.
 - 1.2.2 Bei Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen und ihren mitversicherten Angehörigen gilt bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen **der nach § 55 Absatz 1 SGB V auf 75** vom Hundert erhöhte Zuschuss als gewährte Leistung.
 - 1.2.3 Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn
 - a) die Notwendigkeit und Angemessenheit anhand eines vorzulegenden Heil- und Kostenplans für den gesamten Behandlungszeitraum von der Festsetzungsstelle festgestellt wird und
 - b) die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; dies gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern oder wenn die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und nicht aus ästhetischen Gründen erfolgt, keine Behandlungsalternative gegeben ist, die Zahnfehlstellung mit erheblichen Folgeproblemen verbunden ist und erst im Erwachsenenalter erworben wurde.

1.2.4 ¹Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

- a) Nicht angelegte Zähne im jugendlichen Erwachsenenengebiss, wenn pro Kiefer weniger als acht Zähne angelegt sind, nach einem einzuholenden Gutachten,
- b) bei großen Kieferdefekten infolge Kieferbruch oder Kieferresektion, wenn nach einem einzuholenden Gutachten auf andere Weise Kauffähigkeit nicht hergestellt werden kann.

²In anderen Fällen sind Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kieferhälfte, einschließlich vorhandener Implantate und die damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen; dabei sind die gesamten Aufwendungen nach Satz 1 entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nichtbeihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate der jeweils geltend gemachten Aufwendungen zu kürzen.

1.3 Werden Leistungen von Gesellschaften oder Unternehmen (z.B. Klinik, Badebetrieb) in Rechnung gestellt, so sind - soweit keine anderen Rechtsvorschriften bestehen - die Aufwendungen insoweit beihilfefähig, als sie im Fall einer Leistung und Berechnung durch einen freiberuflich tätigen Behandler beihilfefähig wären.

1.4 Höchstbetragsregelung

¹Es gelten folgende Voraussetzungen, Beschränkungen und Höchstbeträge:

1.4.1 Für Heilbehandlungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 die in der Anlage 9 und 10 zur Bundesbeihilfeverordnung genannten;

1.4.2 für psychotherapeutische Leistungen die in den §§ 18 bis 21 BBhV sowie in Anlage 3 zur BBhV genannten, abweichend davon sind bei analytischer Psychotherapie ab der 240. Stunde, bei anderen Psychotherapieverfahren ab der 90. Stunde Aufwendungen nur bis zum 1,7fachen der Einzelsätze nach den Gebührenordnungen beihilfefähig;

1.4.3 für Leistungen der Heilpraktiker die Beträge, die für vergleichbare Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angemessen sind;

1.4.4 für Leistungen ambulanter neuropsychologischer Therapie die in § 30a BBhV genannten. ²Für die Abrechnung kommen in entsprechender Anwendung insbesondere die Nummern 849, 860, 870 und 871 der GOÄ in Betracht. ³Aufwendungen für eine Behandlungseinheit als Einzelbehandlung sind beihilfefähig bis zur Höhe des Betrages entsprechend der Nummer 870 der GOÄ.

1.5 Ausschlussregelung, Voranerkennung

¹Von der Beihilfefähigkeit sind, einschließlich der zugehörigen Materialien, Arznei- und Verbandmittel, ausgeschlossen:

1.5.1 Aufwendungen für die vom Bundesministerium des Innern in Anlage 1 zur BBhV genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit den dort genannten Maßgaben.

²Bei Vorliegen einer schwerwiegenden lebensbedrohlichen Erkrankung sind wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beihilfefähig, wenn:

- a) zu deren Behandlung sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode noch nicht herausgebildet hat oder
- b) zu deren Behandlung wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden aus medizinischen Gründen nicht angewendet werden dürfen oder
- c) zu deren Behandlung bereits wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden ohne Erfolg eingesetzt wurden und
- d) es für die vom Arzt nach gewissenhafter fachlicher Einschätzung vorgenommene oder beabsichtigte Behandlung ernsthafte Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Erfolg der Heilung oder auch nur spürbare Hinweise auf den positiven Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall gibt.

³Der Nachweis für das Vorliegen der vorgenannten Ausnahmen ist durch ein medizinisches Gutachten zu führen;

1.5.2 Akupunktur, sofern nicht die Beihilfegewährung aus besonderen Gründen durch medizinisches Gutachten befürwortet ist oder chronische Schmerzen behandelt werden;

1.5.3 Aufwendungen für psychotherapeutische, psychosomatische oder ähnliche Behandlungen, wenn und soweit sie nach Maßgabe der §§ 18 bis 21 BBhV sowie der Anlage 3 zur BBhV des Bundesministeriums des Innern nicht vorher anerkannt oder ausgeschlossen sind.

2. Hilfsmittel

- 2.1 ¹Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für Anschaffung, Miete und Ersatz der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nebst Zubehör sind im Rahmen der Höchstbeträge beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z.B. bei Kehlkopferkrankung)

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

Aircast-Fußgelenkstütze

Alarmgerät für Epileptiker

Anatomische Brillenfassung

Anti-Varus-Schuh

Anus-*praeter*-Versorgungsartikel

Anzieh-/Ausziehhilfen

Aquamat (Spezialkanüle für Kehlkopflose)

Arthrodesensitzkissen

Arthrodesensitzkoffer (Nielsen)

Arthrodesenstuhl

Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)

Aufrichteschlaufe

Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)

Augenschielklappe, auch als Folie

Autokindersitz mit individueller schwerstbehindertengerechter Ausstattung, soweit sie 76 Euro übersteigen

Badewannensitz nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxationsgefahr, Polyarthritits

Badewannenverkürzer

Ballspritze

Behindertenspezialfahrzeug für außerhalb der Wohnung bis zum Höchstbetrag von 2.600 Euro

Behinderten-Dreirad oder Behinderten-Zweirad mit Stützrädern, unter Abzug eines Eigenanteils von 300 Euro, zur Therapie

Behindertenstuhl, -sessel oder Zimmerrollstuhl bis zum Höchstbetrag von 1.300 Euro

Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
Bettnässer-Weckgerät
Beugebandage
Billroth-Batist-Lätzchen
Blasenfistelbandage
Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
Blindenlangstock, Blindenstock, Blindentaststock
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
Blindenschriftlesegerät (Optacon), soweit sich die Informationsbedürfnisse nicht über Hörfunk und Blindendruckschrift ausreichend befriedigen lassen
Blindenschriftmaschine
Blutkoagulometer
Blutlanzette
Blutzuckermessgerät
Bracelet
Bruchband
Closett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)
Decubitus-Schutz-Mittel, z.B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, - Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße
Delta-Gehrad
Drehscheibe, Umsetzhilfen
Druckbeatmungsgerät
Duschsitz/-stuhl
Einlagen, orthopädische, für Schuhe, nicht eingebaut
Einmal-Schutzhosen bei Querschnittsgelähmten
Ekzem-Manschette
Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle
Ernährungssonde und -pumpe
Farberkennungsgerät für Blinde

Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

Fixationshilfen

(Mini)-Fonator

Gehgipsgalosse

Gehhilfen und –übungsgeräte

Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung

Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien

Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)

Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)

Gipsbett, Liegeschale

Gummistrümpfe

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze

Hebekissen

Heidelberger Winkel

Heimdialysegerät

Helfende Hand, Scherenzange

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)

Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Schutzbandage

Hörgeräte (C.R.O.S.-Geräte, Hörbrille, drahtlose Hörhilfe, HdO- und Im-Ohr-Geräte, Hör-Sprachtrainer, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, Otoplastik, Taschengерäte)

Hüftbandage (z.B. Hohmann-Bandage)

Implusvibrator (Abklopfgerät, z.B. bei Mucoviscidose, Pankreasfibrose)

Infusionsbesteck bzw. -gerät

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

Inkontinenzartikel

Innenschuh, orthopädischer

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

Iontophoresegerät bei Hyperhidrosis

Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen

Ipos-Vorfußentlastungsschuh

Kanülen
Katheter, auch Ballonkatheter
Klumpfußschiene
Klumphandschiene
Klyso
Kniekappe/Kniebandage/Kreuzgelenkbandage
Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
Knöchel- und Gelenkstützen
Körperersatzstücke
Kompressionsstrümpfe, -strumpfhose
Koordinator nach Schielbehandlung
Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
Kopfschützer
Krabblerrahmen für Spastiker
Krampfaderröhrchen
Krankenfahrstuhl, handbetrieben oder elektrisch
Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke
Latextrichter bei Querschnittslähmung
Leibbinde; jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
Lesehilfen: Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät (auch Würzburger Bettlesegerät), Auflagegestell
Lesehilfen, elektronisch für stark Sehbehinderte und Blinde (z.B. Bildschirmlesegerät, elektronische Sprachausgabe für Computer, Lesephon, Reading-Edge, Open Book, Optacon)
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
Lifter: Krankenhilflifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter
Lispelsonde
Mangoldsche Schnürbandage
Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 35 Euro pro Schuh übersteigen (bei Kindern: 25 Euro)
Milchpumpe
Mundstab, Mundgreifstab

Narbenschützer

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

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts sowie Haltemanschetten und dergleichen

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, soweit sie pro Schuh 12 Euro übersteigen

Pavlikbandage

Perücke oder Toupet bei entstellendem partiellen Haarausfall, bei verunstaltenden Narben oder bei totalem oder sehr weitgehenden Haarausfall. Die Aufwendungen sind auf einen Höchstbetrag

von 1 250 Euro bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

von 1 000 Euro ab Vollendung des 18. Lebensjahres

pro Kalenderjahr begrenzt. Regelmäßig wird eine Höchststragedauer von einem Jahr angenommen.-

Pflegebett oder Pflegebettrost bei häuslicher Pflege nach §§ 9b, 9c oder § 9e Satz 1, insgesamt höhenverstellbar

Polarimeter

Pulsoxymeter

Quengelschiene

Reflektometer

Rollbrett

Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuh, soweit die Aufwendungen 25 Euro pro Schuh übersteigen

Schede-Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

Segofix-Bandagensystem

Sehhilfe; jedoch nur entsprechend nachstehender Nummer 2.2.1 und 2.2.2

Sensomotorische und propriozeptive Einlagen, wenn ein orthopädischer Zweck, regelmäßig die Behandlung angeborener oder erworbener Form- und Funktionsfehler des Bewegungsapparates, als individuelles Behandlungsziel angestrebt wird

Sitzschale, wenn Korsett nicht ausreicht

Skolioseumkrümmungsbandage

Spastikerhilfen (auch Gymnastik-, Übungsgeräte)

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker

Spreizfußbandage

Spreizhose, Spreizschale, Spreizwagenaufsatz

Spritzen

Stehübungsgerät

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

Strickleiter

Strubbies

Stumpfschuhhülle

Stumpfstrumpf

Suspensorium

Symphysen-Gürtel

Teleskoprampe

Therapiestuhl, soweit die Aufwendungen 200 Euro überschreiten

Therapeutisches Bewegungsgerät

Tinnitus-Masker, auch in Kombination mit Hörgerät

Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten

Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

Tragegurtsitz

Treppenraupe

Übungsschiene

Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe

Wechseldruckgerät

Wright-Peak-Flow-Meter

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

²Die Aufwendungen für die Anschaffung sind nicht beihilfefähig, wenn das Eigentum einem anderen als der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zusteht, insbesondere wenn der Gegenstand nur im Ausleihverfahren zur Verfügung gestellt wird. ³Ist eine Beihilfe für die Anschaffung gewährt und das Eigentum einem anderen überlassen worden, so ist der Beihilfeberechtigte zur unverzüglichen Unterrichtung der Beihilfestelle und anteiligen Erstattung der Beihilfe nach dem Zeitwert verpflichtet. ⁴Neben der kurzzeitigen Miete oder einer Anschaffung kommt auch die langfristige Gebrauchsüberlassung gegen Einmalbetrag (Fallpauschale) in Betracht; beihilfefähig ist die finanziell günstigste Form.

2.2 ¹Auch ohne ärztliche Verordnung sind beihilfefähig die Aufwendungen für

2.2.1 Brillengestelle, jeweils alle drei Jahre jeweils bis 20,50 Euro. ²Zusätzlich alle drei Jahre bei Vorliegen der Voraussetzung der Nummer 2.2.2 Satz 2 Buchstabe a oder Satz 3 Buchstabe b für Gestelle von Lichtschutz- und Schulsportbrillen jeweils bis 20,50 Euro. ³Bei Fehlsichtigkeit sowohl im Nah- als auch im Fernbereich ist ein weiteres Brillengestell innerhalb des Dreijahreszeitraums beihilfefähig. ⁴Bei Sehschärfeänderung oder wenn das vorhandene Brillengestell unbrauchbar ist, sind die Aufwendungen für eine Neubeschaffung vor Ablauf des Dreijahreszeitraums beihilfefähig;

2.2.2 vom Optiker angepasste Brillengläser und Kontaktlinsen und damit im Zusammenhang stehende Leistungen, wenn die Anschaffung der letzten Gläser oder Kontaktlinsen mindestens drei Jahre zurückliegt, bei Sehschärfeänderung oder Unbrauchbarkeit der Gläser, bis zu folgenden Beträgen:

- a) Kontaktlinse oder Einstärkenglas sphärisch/zyklindrisch, einschließlich aller Zusatzleistungen (zum Beispiel Entspiegelung, Tönung, Kunststoff/Leichtglas)
bis ± 6 Dioptrien (dpt) 50 Euro,
- b) Mehrstärkenkontaktlinse oder Mehrstärkenglas sphärisch/zyklindrisch, einschließlich aller Zusatzleistungen (zum Beispiel Entspiegelung, Tönung, Kunststoff/Leichtglas),
bis ± 6 dpt 205 Euro,
- c) Kontaktlinse oder Einstärkenglas, sphärisch/zyklindrisch einschließlich aller Zusatzleistungen (zum Beispiel Entspiegelung, Tönung, Kunststoff/Leichtglas),
über ± 6 dpt bis ± 10 dpt 75 Euro,
- d) Mehrstärkenkontaktlinse oder Mehrstärkenglas sphärisch/zyklindrisch, einschließlich aller Zusatzleistungen (zum Beispiel Entspiegelung, Tönung, Kunststoff/Leichtglas),
über ± 6 dpt bis ± 10 dpt 230 Euro,
- e) Kontaktlinse oder Ein/Mehrstärkenglas sphärisch/zyklindrisch, einschließlich aller Zusatzleistungen (zum Beispiel Entspiegelung, Tönung, Kunststoff/Leichtglas),
über ± 10 dpt in berechneter Höhe.

²Zusätzlich zu den Beträgen unter Satz 1 Buchstabe a bis e sind beihilfefähig die Aufwendungen für:

- a) Lichtschutzgläser ab 25 Prozent Tönung mit Sehschärfe und Vorliegen einer der in den Verwaltungsvorschriften des Finanzministeriums genannten Indikationen in Höhe von 30 Euro je Glas,
- b) Phototrope Gläser ab 25 Prozent Tönung mit Sehschärfe und Vorliegen einer der in den Verwaltungsvorschriften des Finanzministeriums genannten Indikationen in Höhe von 50 Euro je Glas.

³Im Weiteren sind beihilfefähig die Aufwendungen für:

- a) Prismen in voller Höhe,
- b) Gläser von Schulsportbrillen mit Sehschärfe für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in voller Höhe,
- c) Refraktionsbestimmung bis zu 13 Euro je Sehhilfe.

⁴Die genannten Beträge gelten auch für augenärztlich angepasste Brillengläser und Kontaktlinsen. ⁵Bei Kontaktlinsenaustauschsystemen gelten die vorgenannten Höchstbeträge bis zu deren Erreichen. ⁶Die Dreijahresfrist gilt entsprechend.

⁷Zweit- und Mehrfachbeschaffungen der gleichen Brillengläser oder der gleichen Kontaktlinsen sind nur beihilfefähig, wenn sie medizinisch begründet sind. ⁸Beihilfefähig sind entweder die Aufwendungen für Brillen oder für Kontaktlinsen. ⁹Aufwendungen für Brillen neben Kontaktlinsen oder Kontaktlinsen neben Brillen sind nur beihilfefähig, wenn dies medizinisch begründet ist. ¹⁰Es sind entweder die Aufwendungen für Phototrope Gläser oder für Gläser mit bis zu 24 Prozent Tönung beihilfefähig. ¹¹Es sind entweder die Aufwendungen für Phototrope Gläser oder für Gläser ab 25 Prozent Tönung (Lichtschutzgläser) beihilfefähig.

¹²In berechneter Höhe als beihilfefähig anzuerkennen, sind die Aufwendungen für Brillengläser und Kontaktlinsen in besonders schwerwiegenden medizinisch begründeten Einzelfällen, unabhängig vom Ausmaß einer Korrektur der Brechkraft. ¹³Besonders schwerwiegende medizinisch begründete Einzelfälle liegen insbesondere bei Brillengläsern und Kontaktlinsen vor, die als therapeutischen Sehhilfen aufgrund von Erkrankungen und nach Operationen erforderlich sind und bedürfen der begründeten Bescheinigung einer Augenärztin oder eines Augenarztes. ¹⁴Nachweise von Optikerinnen oder Optikern sind nicht ausreichend. Indikationen für das Vorliegen eines besonders schwerwiegenden medizinischen Einzelfalls sind insbesondere:

Indikation	Erläuterung und Konkretisierung
Irreguläre Hornhauttopographie bei oder nach	Keratokonus Keratoplastik ausgeprägten Dystrophien beziehungsweise Degenerationen aller Art Trauma, chirurgischer Eingriff oder Ähnlichem

Besondere Hornhautparameter	<p>Numerische Exzentrizität $\geq 0,8$ und $\leq 0,2$ / oblong</p> <p>Hornhautdurchmesser: Mikrocornea $\leq 10,5$ mm Makrocornea $\geq 12,5$ mm</p> <p>Hornhautradien: Hornhautradien $\leq 7,00$ mm Hornhautradien $\geq 8,80$ mm</p>
Personenbedingte Erschwernisse	ausgeprägter pathologischer Nystagmus

¹⁵Ein besonders schwerwiegender medizinisch begründeter Einzelfall liegt bei orthokeratologischen Kontaktlinsen nicht vor.

- 2.2.3 Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte. ²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen bis zu 100 Euro im Kalenderjahr von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, für elektrischen Strom sowie für Pflege- und Reinigungsmittel.
- 2.2.4 Reparaturen beihilfefähiger Hilfsmittel und Geräte, höchstens bis zum bei Ersatzanschaffung beihilfefähigen Betrag.
- 2.3 ¹Zu den Hilfsmitteln und Geräten gehören nicht Gegenstände von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Preis, oder die dem Bereich der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind. ²Dies gilt auch für behindertengerecht veränderte Gegenstände sowie Bade- und Turnbekleidung, Bandscheibenmatratzen, Bestrahlungslampen und -geräte (ausgenommen zur Psoriasisbehandlung), Blutdruckmessgeräte, Fieberthermometer, Fitnessgeräte (Heimtrainer und dergleichen), Gesundheitsschuhe, Hausnotruf, Heizkissen, Heizdecken, Liegestühle, Luftbefeuchter und -filter, Mieder, Mundduschen, Personenkraftwagen einschließlich behindertengerechter Einbauten, Rheumawäsche, Tische, Treppenlifte, Zahnbürsten (auch elektrische). ³§ 9h bleibt unberührt.
- 2.4 ¹Das Finanzministerium kann durch Verwaltungsvorschrift Hilfsmittel und Geräte, die vorstehend nicht ausdrücklich genannt sind, einer der vorstehenden Nummern 2.1 bis 2.3 zuordnen; es kann, auch ergänzend zu Nr. 2.1, durchschnittlich ausreichende Höchstbeträge, sowie Eigenbehalte wegen Lebenshaltungskosten festlegen. ²Im Übrigen ist eine Beihilfegewährung auch ohne Vorliegen eines besonderen Härtefalls unter den sonstigen Voraussetzungen des § 5 Abs. 6 nur mit Zustimmung des Finanzministeriums zulässig.