

Beihilfeverordnung – BVO

in der vom 01.01.2016 bis 31.12.2016 geltenden Fassung

	Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1	Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur	3
§ 2	Beihilfeberechtigte Personen	4
§ 3	Berücksichtigungsfähige Angehörige	5
§ 4	Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen	6
§ 5	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen	7
§ 6	Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit	10
§ 6a	Krankenhausleistungen	13
§ 7	Beihilfe bei Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen	14
§ 8	Beihilfe bei Kuren	17
§ 9	Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit	19
§ 10	Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge	24
§ 10a	Sonstige Aufwendungen	26
§ 11	Beihilfe bei Geburtsfällen	28
§ 12	Beihilfefähige Aufwendungen bei Todesfällen	29
§ 13	Beihilfefähige außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen	30
§ 14	Bemessung der Beihilfe	32
§ 15	Begrenzung der Beihilfe	34
§ 16	aufgehoben	36
§ 17	Verfahren	37
§ 18	Datenschutz	39
§ 19	Übergangsvorschriften	41
§ 20	Inkrafttreten	42

Anlage zur BVO

Nr. 1	Einschränkungen zu § 5 Abs. 1 und §§ 6 ff.	43
Nr. 1.2	Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen einschl. Kieferorthopädie	43
Nr. 1.3	Von Gesellschaften oder Unternehmen erbrachte Leistungen	44
Nr. 1.4	Höchstbetragsregelung	44
Nr. 1.5	Ausschlussregelung, Voranerkennung	45
Nr. 2	Hilfsmittel	46

**Verordnung des Finanz- und Wirtschaftsministeriums
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 durch die Änderungsverordnung vom 22.11.2016 (GBl. S. 611ff).**

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 1 des Gesetzes vom 4. Oktober 2016 (GBl. S. 561)** 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 5 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (GBl. S. 1035, 1038)** geändert worden ist:

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

- (1) Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge. Die Beihilfe ergänzt in diesen Fällen den Betrag, der in den laufenden Bezügen für eine anteilige Eigenvorsorge enthalten ist.
- (2) Diese Verordnung gilt für die Beamten, früheren Beamten und Versorgungsempfänger der in § 1 LBG genannten Dienstherren. Sie gilt für Richter, frühere Richter sowie Richter im Ruhestand entsprechend.
- (3) Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der 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) Die 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. Die 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. Ein Urlaub unter Wegfall der Bezüge von längstens 31 Kalendertagen lässt den Anspruch auf Beihilfe unberührt. Die 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 § 9 Absatz 12, § 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) Berücksichtigungsfähige 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.

Im 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) Die Berücksichtigung von Ehegatten oder von Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz endet mit dem Ablauf des Kalendermonats, in dem sie im Familienzuschlag nicht mehr berücksichtigungsfähig sind. Die 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. Darüber 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) Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.
- (4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Krankenfürsorgeleistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, nach dem Statut für Beamte der Europäischen Gemeinschaften, nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestags oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 des Bundesbeamtengesetzes gegen die Deutsche Bundesbahn und das Bundeseisenbahnvermögen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.
- (5) Eine 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. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung ist der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern arbeitszeitanteilig zu kürzende Beihilfeanspruch.
- (6) Ist 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. Bestimmungen und Änderungen sind jeweils der anderen Beihilfestelle mitzuteilen. Abweichend 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) Nach den folgenden Vorschriften sind Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Beihilfestelle. Sie kann hierzu begründete medizinische Gutachten (§ 18 Abs. 5) einholen, in Ausnahmefällen auch ohne Einverständnis des Betroffenen. Bezüglich der Höhe der Aufwendungen sind die Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder über Preise und Gebühren sowie die Anlage anzuwenden.
 - (2) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dieser berücksichtigungsfähig ist. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.
 - (3) Bei 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. Ist 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. Hierbei sind auch Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sowie für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe als zustehende Leistung anzusetzen. Sätze 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.
- Die Sätze 1 bis 4 gelten nicht für Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI und nach dem Wohngeldgesetz.
- (4) Nicht beihilfefähig sind
 1. Dienst- und Sachleistungen; dies gilt nicht für Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind. Von 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.

Satz 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. die in §§ 6 bis 10a genannten Aufwendungen, auch in Verbindung mit § 13 die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten oder dessen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des Ehegatten oder des Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz in den beiden Kalenderjahren vor der Stellung des Beihilfeantrags jeweils 10.000 Euro übersteigt,
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 Geschwisterdes Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig. Aufwendungen 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) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind. Dies gilt auch für verjährte, erloschene oder im Vergleichsweg abgefundene Ansprüche. Abweichend 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) Bei Anlegung eines strengen Maßstabs kann in besonderen Härtefällen mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde und nur im Einvernehmen mit dem Finanz- und Wirtschaftsministerium zu Aufwendungen im Sinne des § 78 LBG ausnahmsweise abweichend von den in dieser Verordnung genannten Voraussetzungen Beihilfe gewährt werden. Dies gilt für die in Absatz 4 Nr. 3 und 4 genannten Fälle entsprechend. Satz 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. Voraussetzung 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) Aus 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. Ausgenommen 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. Keine 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.

Von 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 Finanz- und Wirtschaftsministerium 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,

3. von Ärzten schriftlich begründet verordnete Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe nach Maßgabe der Anlage. Gleiches gilt für von Zahnärzten schriftlich begründet verordnete Heilbehandlungen, soweit dies zur Ausübung der Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde gehört. Aus der ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung müssen sich Art und genauer Umfang der Heilbehandlung sowie die Diagnose ergeben. Die 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. Zur 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. Ist 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. Sie besteht in der Behandlungspflege sowie, sofern nicht § 9 einschlägig ist, bis zu sechs Monaten Grundpflege mit hauswirtschaftlicher Versorgung; dabei muss die Grundpflege überwiegen. Bei 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,

Ist 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. Ist 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. Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der einer gesetzlichen Krankenversicherung in vergleichbaren Fällen in Rechnung gestellten Vergütung. § 9 Absatz 10 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 Finanz- und Wirtschaftsministerium 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) Beihilfeberechtigte 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. Die 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.

Die Beihilfeberechtigten sind auf die Ausschlussfrist schriftlich hinzuweisen. Die 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. Sie 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. 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) Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind solche auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen. Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem 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) Voraussetzung 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. Voraussetzung 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. Reichen 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. Die 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) Bei Behandlung in Krankenhäusern nach Absatz 2 sind Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 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,
2. in allen anderen Fällen der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, Einzelentgelte, Pauschalpreise und Tagessätze, soweit der tägliche Gesamtbetrag die Beträge gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 2 BBhV nicht übersteigt,
3. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer 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 1BPfIV,
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 krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelts der Anlage 3a und 3b des Fallpauschalenkatalogs nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG entspricht.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteile der Leistungen nach § 6a Absatz 1 Nummer 2 sind. Vor 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.

Bei 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.

Satz 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 erfolgversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist. Die 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. Pauschale 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. Pauschale 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) Beihilfe wird gewährt zu
1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,
 2. Müttergenesungskuren, Vätergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren, Vater-Kind-Kuren,
 3. ambulanten Heilkuren.

Zu 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) Müttergenesungskuren, 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. Für 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) Ambulante Heilkuren sind Maßnahmen für Beamte und Richter zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit: Die 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. Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet befinden und ortsgebunden sein, eine Unterkunft in Ferienwohnungen, Wohnwagen, auf Campingplätzen und dergl. ist nicht ausreichend.
- (5) Voraussetzung 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 Beihilfavorschriften 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.

Beihilfe 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) Bei 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.

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

§ 9

Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit

- (1) Bei Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die von Ärzten begründet als notwendig bescheinigte Behandlungspflege beihilfefähig; § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 ist anzuwenden. Die Aufwendungen für die nach Absatz 8 als notwendig festgestellte häusliche Pflege (Grundpflege und zusätzlich hauswirtschaftliche Versorgung), für teilstationäre oder stationäre Pflege sind nach den folgenden Absätzen beihilfefähig, soweit nicht nach Absatz 4 eine pauschale Beihilfe zusteht.
- (2) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Die Pflegebedürftigen sind einer der Stufen nach § 15 SGB XI zuzuordnen.
- (3) Die Aufwendungen für häusliche Pflege sowie Betreuungsleistungen nach § 124 Absätze 1 bis 3 SGB XI durch geeignete Pflegekräfte in dem als notwendig festgestellten Umfang der Pflege sowie für teilstationäre Pflege einschließlich der Fahrkosten sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI beihilfefähig für Pflegebedürftige
 1. in Pflegestufe 1 bis zu 468 Euro je Kalendermonat,
 2. in Pflegestufe 2 bis zu 1.144 Euro je Kalendermonat ,
 3. in Pflegestufe 3 bis zu 1.612 Euro je Kalendermonat.

Ist in besonders gelagerten Einzelfällen ein außergewöhnlich hoher Pflegebedarf festgestellt, der das in Pflegestufe 3 übliche Maß weit übersteigt, so sind Aufwendungen entsprechend § 36 Abs. 4 Satz 1 SGB XI bis zu 1.995 Euro monatlich beihilfefähig. Im Übrigen ist § 5 Abs. 6 mit Ausnahme dessen Satz 3 anzuwenden. Werden nicht mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe 2 erfüllt, so sind Aufwendungen nach Satz 3 höchstens bis zum doppelten Betrag der Pflegestufe 1 beihilfefähig; liegen die Voraussetzungen von Absatz 6 Nummer 4 Satz 1 vor, ist der doppelte Betrag nach Absatz 6 Nummer 4 Satz 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb zusätzlich zu berücksichtigen. Bei einer Pflege durch nahe Angehörige sind die Aufwendungen im Rahmen der Sätze 1 bis 4 nur unter den weiteren Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 beihilfefähig; besteht danach kein Beihilfeanspruch, findet Absatz 4 Anwendung.

(4) Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegepersonen (§ 19 SGB XI) wird eine Pauschalbeihilfe ohne Nachweis von Aufwendungen gewährt. Als beihilfefähige Aufwendungen gelten in den Pflegestufen des § 15 SGB XI entsprechend § 37 Abs. 1 SGB XI monatlich

1. in Pflegestufe 1: 244 Euro je Kalendermonat,
2. in Pflegestufe 2: 458 Euro je Kalendermonat,
3. in Pflegestufe 3: 728 Euro je Kalendermonat.

Die Beträge in Satz 2 vermindern sich entsprechend § 4 Abs. 3 des Landesbesoldungsgesetzes Baden-Württemberg anteilig nur um Tage einer vollstationären Unterbringung nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 und § 7, soweit diese über vier Wochen hinausgeht, sowie um Tage, für die Beihilfe nach nachstehendem Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 7 zusteht; für Tage, an denen Beihilfe nach Absatz 7 Satz 1 zusteht, erfolgt für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr die Minderung nur zur Hälfte. Dabei gelten die Tage der An- und Abreise jeweils auch als volle Tage der häuslichen Pflege. Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist; § 118 Abs. 3 und 4 SGB VI gilt entsprechend.

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

1. in Pflegestufe 1: 266 Euro je Kalendermonat,
2. in Pflegestufe 2: 407 Euro je Kalendermonat,
3. in Pflegestufe 3: 662 Euro je Kalendermonat,

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

(6) Treffen Aufwendungen für verschiedene Pflegeleistungen zusammen, so gilt Folgendes:

1. Wird die Pflege im Kalendermonat zeitweise sowohl durch Pflegekräfte (Absatz 3) als auch durch Pflegepersonen (Absatz 4) erbracht, so darf die Summe der nach den Absätzen 3 und 4 beihilfefähigen Beträge den nach der Pflegestufe zutreffenden Höchstbetrag in Absatz 3 im Kalendermonat nicht übersteigen (kombinierte Pflege); unter den Voraussetzungen von Nummer 4 Satz 1 erhöht sich der nach der Pflegestufe zutreffende Höchstbetrag in Absatz 3 um die jeweils zutreffenden Beträge in Nummer 4 Satz 2 Buchstabe a.

1a. In Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sind die Aufwendungen für teilstationäre Pflege einschließlich der notwendigen Fahrkosten je Kalendermonat beihilfefähig für Pflegebedürftige in

1. in Pflegestufe 1 bis zu 468 Euro je Kalendermonat,
2. in Pflegestufe 2 bis zu 1.144 Euro je Kalendermonat ,
3. in Pflegestufe 3 bis zu 1.612 Euro je Kalendermonat.

Die Aufwendungen sind neben den Aufwendungen bei häuslicher Pflege nach Nummer 5 und Absatz 3 und 4 beihilfefähig.

2. Ist eine Pflegeperson nach Absatz 4 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für die Pflege entsprechend § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB XI für Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz und der Pflegestufen 1 bis 3 bis zu 1.612 Euro jährlich beihilfefähig (Verhinderungspflege). Absatz 3 letzter Satz gilt sinngemäß.

2a. Der beihilfefähige Höchstbetrag der Verhinderungspflege kann um bis zu 50 % des noch nicht in Anspruch genommenen Höchstbetrages für Kurzzeitpflege erhöht werden. Der dabei in Anspruch genommene Betrag vermindert den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 7 Satz 1.

3. Neben einer Beihilfe nach Absatz 4 sind Aufwendungen für Beratungen nach § 7a Abs. 1 und § 37 Abs. 3 SGB XI ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig.

4. Beihilfefähig sind Aufwendungen bei einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Maßgabe des § 45a SGB XI und Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Maßgabe des § 45b SGB XI. Daneben sind unter den Voraussetzungen des Satzes 1 Aufwendungen nach Maßgabe

a) Der Nummer 1a und des Absatzes 3

aa) ohne Pflegestufe nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 2 Nummer 2 SGB XI bis 231 Euro je Kalendermonat,

bb) in Pflegestufe 1 nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 3 SGB XI von zusätzlich bis zu 221 Euro je Kalendermonat,

cc) in Pflegestufe 2 nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 4 SGB XI von zusätzlich bis zu 154 Euro je Kalendermonat,

- b) der Nummer 2 dieses Absatzes,
- c) der Absätze 10 und 11

beihilfefähig. Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 gelten in den Fällen des Absatzes 4 als beihilfefähige Aufwendungen

- a) ohne Pflegestufe nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 2 Nummer 1 SGB XI 123 Euro je Kalendermonat,
- b) in Pflegestufe 1 nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 3 SGB XI zusätzlich 72 Euro je Kalendermonat,
- c) in Pflegestufe 2 nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 4 SGB XI zusätzlich 87 Euro je Kalendermonat.

5. Leben Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder der Pflegestufen 1 bis 3 in ambulant betreuten Wohngruppen und erhalten sie Beihilfe nach Absatz 3 oder Absatz 4, gelten als beihilfefähige Aufwendungen entsprechend § 38a Absatz 1 SGB XI 205 Euro je Kalendermonat.

- (7) Kann die häusliche Pflege (Absätze 3 bis 5 Satz 1) zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, so sind Aufwendungen für vollstationäre Pflege entsprechend § 42 Abs. 2, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 SGB XI bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig (Kurzzeitpflege). Der beihilfefähige Höchstbetrag der Kurzzeitpflege kann um bis zu 100 Prozent des noch nicht in Anspruch genommenen Höchstbetrages für Verhinderungspflege (Absatz 6 Nummer 2) erhöht werden. Der dabei in Anspruch genommene Betrag vermindert den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 6 Nummer 2. Ist häusliche Pflege längerfristig nicht ausreichend möglich, so sind Aufwendungen für die vollstationäre Pflege nur in einer dafür zugelassenen Pflegeeinrichtung (§72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) beihilfefähig. Erfolgt die Unterbringung vollstationär, liegen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 oder 2 und des Absatzes 5 nicht vor, so sind die auf die Pflege entfallenden Kosten im Rahmen der Höchstbeträge des Absatzes 3 beihilfefähig. Der Betrag nach § 87a Absatz 4 SGB XI ist beihilfefähig, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wird. Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 87b SGB XI sind beihilfefähig.
- (8) Die Beihilfestelle entscheidet über die Pflegebedürftigkeit und die Beihilfe. Erforderlich ist eine Erhebung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit durch ein medizinisches Gutachten, das zu dem Vorliegen der Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten und sozialen Pflegeversicherung ist die von der Versicherung festgestellte Pflegestufe auch für die Beihilfe bindend, im Übrigen ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden; Kostenanteile für die Erstellung dieses Gutachtens werden nicht erstattet. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe bei der Beihilfestelle oder Pflegeversicherung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(9) Aus Anlass einer nach Absatz 7 Satz 1 oder 2 beihilfefähigen vollstationären Pflege sind Aufwendungen für Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) insoweit beihilfefähig, als sie einen Eigenanteil übersteigen.

1. Der Eigenanteil beträgt bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen 250 Euro, mit zwei Angehörigen 220 Euro, mit drei Angehörigen 190 Euro, mit mehr als drei Angehörigen 160 Euro pro 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 beträgt der Eigenanteil 70 vom Hundert der in § 2 Abs. 2 genannten Bruttobezüge sowie der Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen und aus zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen.

Angehörige im Sinne der Nummern 1 und 2 sind Personen, die nach § 3 Abs. 1 berücksichtigungsfähig sind. Die in Nummern 1 und 2 bezeichneten monatlichen Eigenanteile werden entsprechend § 4 Abs. 3 des Landesbesoldungsgesetzes Baden-Württemberg nicht für Kalendertage abgesetzt, für die keine Aufwendungen für Unterkunft in Rechnung gestellt sind.

(10) Aufwendungen für Hilfsmittel zur Linderung von Beschwerden, zur Erleichterung der Pflege oder der selbständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen sind nach Maßgabe der Anlage beihilfefähig oder wenn und soweit das Hilfsmittel von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird. Bei stationärer Pflege gilt Satz 1 nur für Gegenstände, die zum Verbrauch bestimmt sind, die individuell angepasst sind oder die überwiegend nur dem Pflegebedürftigen allein überlassen sind, sofern sie nicht üblicherweise von der Einrichtung vorzuhalten sind.

(11) Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes von Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder der Pflegestufen 1 bis 3 sind entsprechend § 40 Absatz 4 SGB XI beihilfefähig, wenn und soweit die Maßnahme von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird. Aufwendungen 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.

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

a) beziehen oder

b) beantragt haben und erkennbar Hilfs- und Beratungsbedarf besteht.

Die Zahlung nach Satz 1 erfolgt auf formlosen Antrag an berechnete Träger der Pflegeberatung. Es wird eine pauschale Beihilfe entsprechend der jeweils maßgeblichen Vereinbarung nach § 37 Satz 1 BBhV gewährt.

(13) Hat 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 den gepflegten Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen maßgeblichen Bemessungssatzes gewährt. Die Festsetzung des Pflegeunterstützungsgeldes erfolgt auf schriftlichen Antrag der nicht beihilfeberechtigten Person nach Satz 1.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge

- (1) Aus 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. Diese 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.
- (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) Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, die auf Grund des Infektionsschutzgesetzes angeordnet oder von der obersten Gesundheitsbehörde des Landes öffentlich empfohlen sind. Die Beihilfestelle kann die Kosten einer Impfung 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

Beihilfefähig 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 Soziotherapie 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. Familien- und Haushaltshilfe bis zu 15 Euro pro Stunde, höchstens jedoch bis zu 150 Euro pro Tag. Voraussetzung ist, dass
 - a) die sonst den Haushalt allein oder überwiegend führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 6a bis 9, Nummer 5) den Haushalt nicht weiterführen kann,
 - b) im Haushalt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind verbleibt, das das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
 - c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann.

Dies gilt auch für bis zu sieben, in ärztlich begründeten Fällen bis zu weiteren 14 Tagen nach Ende der außerhäuslichen Unterbringung. § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 gilt entsprechend. Anstelle einer außerhäuslichen Unterbringung nach 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. Werden 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. Die 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. Höhere 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.

Nicht 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“ (hilflos) im Schwerbehindertenausweis oder eine Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt, sowie bei Fahrten aufgrund einer Dialysebehandlung, onkologischer Strahlen- und Chemotherapie 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. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 30 Euro täglich beihilfefähig. Diese Vorschrift findet bei Kuren oder ähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
 6. aufgehoben
 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. Dem Arbeitgeber der Organspenderin oder des Organspenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt entsprechend § 3a Entgeltfortzahlungsgesetz zum Bemessungssatz der Organempfängerin oder des Organempfängers erstattet. Dies 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) Für 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. Dies 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. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Beihilfe der Mutter gewährt.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen bei Todesfällen

- (1) In 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. Daneben 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) Stehen 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. Übersteigen 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. Übersteigen 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) Die Ansprüche nach Absatz 1 stehen vorrangig dem hinterbliebenen Ehegatten, dem hinterbliebenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, den leiblichen Kindern und Adoptivkindern eines verstorbenen Beihilfeberechtigten zu. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt. Die 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) Außerhalb 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. Außerhalb 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. In 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. Bei 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. Soweit 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) Aufwendungen 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. Die 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. Die 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) Aus 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. Bei Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen die sonstigen Voraussetzungen des § 8 Absatz 2 und 5 vorliegen. Bei Müttergenesungskuren, Vätergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren und Vater-Kind-Kuren müssen die sonstigen Voraussetzungen des § 8 Absatz 3 und 5 vorliegen. Bei 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) Aus 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.

Die 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. Die 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) Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Der 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.

Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

- (2) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen
1. nach § 10 a Nr. 3 und § 12 Abs. 3 als Aufwendungen des jüngsten verbleibenden Kindes,
 2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
 3. nach § 11 Abs. 1 als Aufwendungen der Mutter,
 4. nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 in Indexfällen als Kosten der erkrankten Person. In Fällen prädiktiver Gentests gelten die Aufwendungen der Indexpatienten als Kosten der gesunden Ratsuchenden.
- (3) Für 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. Satz 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) Bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich ihrer familienhilfeversicherten 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. Satz 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) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung zu nach § 9 Abs. 3 Satz 1, Abs. 4 bis 7, 10 und 11 beihilfefähigen Aufwendungen grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 vom Hundert. Soweit 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) Die Beihilfe wird vor Anwendung der Absätze 2 bis 4 um eine Kostendämpfungspauschale für jedes Kalenderjahr gekürzt, in dem beihilfefähige Aufwendungen in Rechnung gestellt sind. Der 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. Sind 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. Die 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. Die Kostendämpfungspauschale beträgt in

Stufe	Bezüge nach Besoldungsgruppen	Beträge in Euro	
		Aktive	Versorgungsempfänger
1	A 6 bis 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

Hiervon ausgenommen sind Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, sowie Beihilfen nach § 9 Absätze 3 bis 7 und 12, § 10a Nummer 7, § 11 Absatz 2 und § 15 Absatz 4.

- (2) Die 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. Hierbei bleiben Sterbegelder, Wohngeld, Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- und Pfl egetagegeldversicherungen, aus nicht aufwandsbezogenen Kapitalversicherungen sowie Ansprüche nach § 1968 BGB unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. Bei pauschalen Beihilfen nach § 9 Absatz 4 und Absatz 6 Nummer 5 sowie § 11 Absatz 2 sind Aufwendungen in Höhe des Pauschalbetrags zugrunde zu legen. Die Sätze 1 bis 4 gelten nicht für Beihilfen nach § 12 Abs. 1 und 2.
- (3) Die in Absatz 2 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Wenn 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. Gleiches gilt für Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen, auch wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. Aufwendungen nach § 12 werden getrennt abgerechnet.
- (4) Wird 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. Für 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) Die 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. Dabei sollen auch feste Preise vereinbart werden, die deutlich unter den nach dieser Verordnung maßgeblichen Gebührenrahmensätzen und Höchstbeträgen liegen.

§ 16

aufgehoben

§ 17

Verfahren

- (1) Beihilfe wird auf schriftlichen Antrag der Beihilfeberechtigten gewährt; hierfür sind im Bereich der Landesverwaltung die vom Finanz- und Wirtschaftsministerium, im übrigen Bereich die vom Finanz- und Wirtschaftsministerium oder der Beihilfestelle bekannt gegebenen Formblätter zu verwenden. Die Beihilfestelle kann elektronische Antragstellung zulassen und die dafür erforderlichen Standards festlegen.
- (2) aufgehoben
- (3) Beihilfe wird nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Würde mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfe zustehen, so wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt;
- (4) Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege unmittelbar der Beihilfestelle vorzulegen. Die Beihilfestelle soll die Angaben zur Beihilfeberechtigung und zur Berücksichtigung nach den §§ 2 bis 4 mit den für die Bezüge maßgeblichen Daten abgleichen. Auf im Inland ausgestellten Arzneimittelrezepten muss die Pharmazentralnummer angegeben sein. Beihilfe 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. Die 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) In automatisierten Zahlungsverfahren soll die Beihilfe grundsätzlich auf das Bezügekonto überwiesen werden; abweichende Überweisungswege sind zu überwachen, Barauszahlungen und Überweisungen auf Zweitkonten sind nicht zulässig. Nach dem Tod des Beihilfeberechtigten ist die Beihilfe auf das Bezügekonto zu zahlen. Ein 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. Die 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) Nur solche Originalbelege, deren Vorlage vorgeschrieben oder ausdrücklich verlangt worden ist, werden zurückgegeben. Sie können vor der Rückgabe von der Beihilfestelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich gemacht werden. Andere Belege kann die Beihilfestelle einbehalten.
- (9) Ist eine vorgeschriebene vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ohne Verschulden und nicht lediglich aus Unkenntnis verhindert war, die Anerkennung zu beantragen und die Antragsstellung innerhalb eines Monats nach Wegfall des Hindernisses nachgeholt worden ist. Im Übrigen gilt § 32 des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend.
- (10) Eine 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 § 9 handelt, der ersten Ausstellung der Rechnung folgen. Für 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. Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn Adressat der Rechnung nicht der Beihilfeberechtigte selbst in Person, sondern ein anderer Kostenschuldner ist. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.

§ 18

Datenschutz

(1) Beihilfeangelegenheiten sind in einer von der übrigen Personalverwaltung unabhängigen, getrennten Beihilfestelle zu bearbeiten. Die Trennung muss durch organisatorische Regelungen und technische Zugriffssperren gewährleistet werden. Die Beihilfestelle darf Beihilfeangelegenheiten nur für solche andere Stellen erledigen, die zusichern, dass sie diese Datenschutzvorschriften beachten.

(2) Die 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.

An 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. Gleiches gilt für solche Beihilfestammdaten, die als beihilferechtliche Konsequenz aus Bezügedaten festzustellen sind, insbesondere hinsichtlich der Berücksichtigung nach §§ 3 und 4.

(3) Beihilfedaten 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. Sind bei Auskunftersuchen nicht eindeutige Bezeichnungen verwendet, ist bis zur ausdrücklichen Klarstellung in jedem Einzelfall davon auszugehen, dass Beihilfedaten und Beihilfeakten nicht angesprochen sind.

(4) Vorschriften über die Benutzung des Dienstwegs sind in Beihilfeangelegenheiten nicht anzuwenden. Ein 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) Soweit für Beihilfezwecke medizinische Gutachten ohne Bezeichnung der Gutachterstelle vorgesehen sind, soll ein - bezüglich des anzugebenden Zwecks ausreichend begründetes - amtsärztliches Zeugnis des Gesundheitsamts eingeholt werden. Die Beihilfestelle kann stattdessen andere Stellen oder Personen zur Begutachtung benennen.

(6) Ein 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. Auskunftersuchen zur Krankheitsgeschichte und zur Bewertung der Schwierigkeit ärztlicher Leistungen soll die Beihilfestelle auch bei vorliegendem Einverständnis nicht direkt an den Behandler richten.

- (7) In Verträgen nach § 15 Abs. 5 darf von Verfahrensregelungen dieser Verordnung abgewichen werden, der Schutz der Beihilfedaten muss vertraglich gewährleistet bleiben. An 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) Bei der Veranschlagung und Anforderung von Haushaltsmitteln für Beihilfe ist darauf zu achten, dass Rückschlüsse auf einzelne Beihilfeberechtigte nicht möglich sind. Gleiches gilt für die Haushaltsrechnung.
- (9) Schriftliche Unterlagen über Beihilfeangelegenheiten sollen unverzüglich ausgesondert und vernichtet werden, wenn die Daten für die vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist durch automatisierte Datenverarbeitung gespeichert sind.

§ 19

Übergangsvorschriften

- (1) Kinder 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. § 3 Abs. 3 und § 14 Abs. 1 Satz 3 finden Anwendung.
- (2) § 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. § 14 Abs. 3 Satz 2 ist sinngemäß anzuwenden.
- (3) Die 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. Sie haben etwaige Unterschiedsbeträge auszugleichen und bleiben Leistungsschuldner.
- (4) Werden Regelungen des Bundesministeriums des Innern geändert, die nach dieser Verordnung anzuwenden sind, gelten die Änderungen auch im Rahmen dieser Verordnung, soweit das Finanz- und Wirtschaftsministerium übergangsweise nichts anderes bestimmt. Gleiches gilt für solche Beträge in § 9, wenn durch Verordnung der Bundesregierung nach § 30 SGB XI gleiche Beträge in entsprechenden Vorschriften geändert werden.
- (5) § 5 Absatz 4 Nummer 4 findet in der bis 31. Dezember 2012 gültigen Fassung weiterhin Anwendung für am 31. Dezember 2012 nach § 3 berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, die nicht gesetzlich krankenversichert sind. Satz 1 gilt auch in besonderen Härtefällen für am 31. Dezember 2012 nach § 3 berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Aufwendungen, die zeitlich bis spätestens drei Monate nach Verkündung dieses Gesetzes entstanden sind, sind unter den Voraussetzungen der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung des § 5 Absatz 4 Nummer 4 beihilfefähig.
- (6) § 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. Gleiches 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 § 9 beihilfefähige Aufwendungen, soweit sich die Beihilfe nicht nach § 14 Absatz 5 Satz 1 bemisst. Satz 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.

§ 20

Inkrafttreten

- (1) Diese Verordnung tritt am 1. November 1995 in Kraft. Gleichzeitig 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) Auf die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung entstandenen Aufwendungen sind die bis dahin geltenden Vorschriften anzuwenden. Gleiches 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) Pauschale 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. Ein 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 Die 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. Angemessen 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. Werden 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 mindestens der nach § 55 Abs. 1 Sätze 3 und 5 SGB V auf 65 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 Aufwendungen 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 Kaufähigkeit nicht hergestellt werden kann.

In 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

Es gelten folgende Voraussetzungen, Beschränkungen und Höchstbeträge:

1.4.1 Für Heilbehandlungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 die in der Anlage 9 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. Für die Abrechnung kommen in entsprechender Anwendung insbesondere die Nummern 849, 860, 870 und 871 der GOÄ in Betracht. Aufwendungen für eine Behandlungseinheit als Einzelbehandlung sind beihilfefähig bis zur Höhe des Betrages entsprechend der Nummer 870 der GOÄ.

1.5 Ausschlussregelung, Voranerkennung

Von 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; .

Bei 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.

Der 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 Die 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

Aquamats (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, Skolirosegerät)

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, Taschengeräte)

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: Krankenhilfen, 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

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 bis zum Höchstbetrag von 650 Euro, bei Personen über 15 Jahren höchstens 2 Stück innerhalb von 4 Jahren, in folgenden Fällen

- bei entstellendem partiellen Haarausfall
- bei verunstaltenden Narben
- bei totalem oder sehr weitgehenden Haarausfall

Pflegebett oder Pflegebettrost bei häuslicher Pflege nach § 9, 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

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
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.

Die 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. Ist 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. Neben der kurzzeitigen Miete oder einer Anschaffung kommt auch die langfristige Gebrauchsüberlassung gegen Einmalbetrag (Fallpauschale) in Betracht; beihilfefähig ist die finanziell günstigste Form.

2.2 Auch ohne ärztliche Verordnung sind beihilfefähig die Aufwendungen für

2.2.1 Brillengestelle, jeweils alle drei Jahre jeweils bis 20,50 Euro. Zusätzlich 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. Bei Fehlsichtigkeit sowohl im Nah- als auch im Fernbereich ist ein weiteres Brillengestell innerhalb des Dreijahreszeitraums beihilfefähig. Bei 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/zylindrisch, einschließlich aller Zusatzleistungen (zum Beispiel Entspiegelung, Tönung, Kunststoff/Leichtglas)
bis ± 6 Dioptrien (dpt) 50 Euro,
- b) Mehrstärkenkontaktlinse oder Mehrstärkenglas sphärisch/zylindrisch, einschließlich aller Zusatzleistungen (zum Beispiel Entspiegelung, Tönung, Kunststoff/Leichtglas),
bis ± 6 dpt 205 Euro,
- c) Kontaktlinse oder Einstärkenglas, sphärisch/zylindrisch einschließlich aller Zusatzleistungen (zum Beispiel Entspiegelung, Tönung, Kunststoff/Leichtglas),
über ± 6 dpt bis ± 10 dpt 75 Euro,
- d) Mehrstärkenkontaktlinse oder Mehrstärkenglas sphärisch/zylindrisch, einschließlich aller Zusatzleistungen (zum Beispiel Entspiegelung, Tönung, Kunststoff/Leichtglas),
über ± 6 dpt bis ± 10 dpt 230 Euro,
- e) Kontaktlinse oder Ein/Mehrstärkenglas sphärisch/zylindrisch, einschließlich aller Zusatzleistungen (zum Beispiel Entspiegelung, Tönung, Kunststoff/Leichtglas),
über ± 10 dpt in berechneter Höhe.

Zusätzlich 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 Finanz- und Wirtschaftsministeriums 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 Finanz- und Wirtschaftsministeriums genannten Indikationen in Höhe von
50 Euro je Glas.

Im 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.

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

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

- 2.2.3 Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte. Nicht 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 Zu 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. Dies 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). § 9 Abs. 11 bleibt unberührt.
- 2.4 Das Finanz- und Wirtschaftsministerium 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. Im Übrigen ist eine Beihilfegewährung auch ohne Vorliegen eines besonderen Härtefalls unter den sonstigen Voraussetzungen des § 5 Abs. 6 nur mit Zustimmung des Finanz- und Wirtschaftsministeriums zulässig.