

MINISTERIUM FÜR FINANZEN UND WIRTSCHAFT

**Verwaltungsvorschrift des Finanz- und
Wirtschaftsministeriums
zur Fortschreibung der
Besoldungsdurchschnitte nach § 39 des
Landesbesoldungsgesetzes
Baden-Württemberg (LBeGBW)**

Vom 17. April 2012 – Az. 1-0320.2-20/74 –

1 Fortschreibung der Besoldungsdurchschnitte

Nach § 39 Absatz 3 LBeGBW gibt das Finanz- und Wirtschaftsministerium die jeweils maßgebenden Besoldungsdurchschnitte durch Verwaltungsvorschrift im Gemeinsamen Amtsblatt bekannt.

Das Finanz- und Wirtschaftsministerium hat die mit Verwaltungsvorschrift vom 10. Mai 2011 bekannt gegebenen Besoldungsdurchschnitte auf Grund der Besoldungserhöhung durch das Gesetz über die Anpassung von Dienst- und Versorgungsbezügen 2012 sowie über die Einmalzahlung in 2011 in Baden-Württemberg (BVAnpGBW 2012) entsprechend angepasst. Außerdem wurde der Besoldungsdurchschnitt 2012 für die Duale Hochschule Baden-Württemberg um ein Prozent erhöht, um ihn nach § 39 Absatz 2 LBeGBW schrittweise an den Besoldungsdurchschnitt der Fachhochschulen anzugleichen.

Für das Jahr 2012 ergeben sich hiernach folgende Besoldungsdurchschnitte:

– für die Duale Hochschule Baden-Württemberg	67 869 Euro
– für die Fachhochschulen	70 681 Euro
– für die Universitäten und ihnen gleichgestellten Hochschulen (Pädagogischen Hochschulen, Kunsthochschulen)	85 456 Euro

2 In- und Außerkrafttreten

Diese Verwaltungsvorschrift tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2012 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2018 außer Kraft. Gleichzeitig wird die Verwaltungsvorschrift des Finanzministeriums vom 10. Mai 2011 (GABl. S. 377) aufgehoben.

GABl. S. 383

**Verwaltungsvorschrift des Ministeriums
für Finanzen und Wirtschaft
zur Beihilfeverordnung (VwVBVO)**

Vom 24. April 2012 – Az.: 1-0374.0-02/4 –

Zur Verordnung des Finanzministeriums über die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfeverordnung – BVO) vom 28. Juli 1995

(GBl. S. 561), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. November 2010 (GBl. S. 793), wird folgende Verwaltungsvorschrift erlassen.

Vorbemerkung:

1. Alle Paragraphen ohne nähere Kennzeichnung sind solche der BVO.
2. Die in der Verwaltungsvorschrift verwendeten amtlichen Kurzbezeichnungen beziehen sich jeweils auf die geltende Fassung folgender Regelungen:

AMG	Arzneimittelgesetz vom 12. Dezember 2005, BGBl. I S. 3394
BBhV	Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009, BGBl. I S. 326
BeamtStG	Beamtenstatusgesetz vom 17. Juni 2008, BGBl. I S. 1010
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch vom 2. Januar 2002, BGBl. I 42, 2909; 2003 I S. 738
BpflV	Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994, BGBl. I S. 2750
BVG	Bundesversorgungsgesetz vom 22. Januar 1982, BGBl. I S. 21
DRG-System-zuschlagsgesetz	vom 27. April 2001, BGBl. I S. 772
GG	Grundgesetz vom 23. Mai 1949, BGBl. S. 1
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte vom 9. Februar 1996, BGBl. I S. 210
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987, BGBl. I S. 2316
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002, BGBl. I S. 1412, 1422
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 10. April 1991, BGBl. I S. 886
LAbgG	Abgeordnetengesetz vom 12. September 1978, GBl. S. 473
LBeamtVGBW	Landesbeamtenversorgungsgesetz Baden-Württemberg vom 9. November 2010, GBl. 793, 911
LBeGBW	Landesbesoldungsgesetz Baden-Württemberg vom 9. November 2010, GBl. S. 793, 826
LBG	Landesbeamtengesetz vom 9. November 2010, GBl. S. 793, 794
LDSG	Landesdatenschutzgesetz vom 18. September 2000, GBl. S. 648
LFGB	Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch vom 24. Juli 2009, BGBl. I S. 2205
LVwVfG	Landesverwaltungsverfahrensgesetz vom 12. April 2005, GBl. S. 350
MPG	Medizinproduktegesetz vom 7. August 2002 BGBl. I S. 3146

PflegeZG	Pflegezeitgesetz vom 28. Mai 2008, BGBl. I S. 874, 896	4. Zu Absatz 4 Nummer 2 5. Zu Absatz 4 Nummer 4
PflVG	Pflichtversicherungsgesetz vom 5. April 1965, BGBl. I S. 213	6. Zu Absatz 4 Nummer 9 7. Zu Absatz 6
SBG I	Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil – vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015	Zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit 1. Zu Absatz 1 Nummer 1 2. Zu Absatz 1 Nummer 2 3. Zu Absatz 1 Nummer 3 4. Zu Absatz 1 Nummer 7 5. Zu Absatz 1 Nummer 8 6. Zu Absatz 1 Nummer 9 7. Zu Absatz 2
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477	Zu § 6 a Krankenhausleistungen 1. Zu Absatz 1 2. Zu Absatz 2 3. Zu Absatz 3
SBG VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung – vom 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337	Zu § 7 Beihilfe bei Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen 1. Zu Absatz 1 2. Zu Absatz 3 3. Zu Absatz 5 4. Zu Absatz 6 5. Zu Absatz 7
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046	Zu § 8 Beihilfe bei Kuren 1. Zu Absatz 1 2. Zu Absatz 4 3. Zu Absatz 5 4. Zu Absatz 6
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014	Zu § 9 Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit 1. Zu Absatz 1 2. Zu Absatz 2 3. Zu Absatz 3 4. Zu Absatz 4 5. Zu Absatz 6 6. Zu Absatz 7 7. Zu Absatz 8 8. Zu Absatz 9 9. Zu Absatz 10 10. Zu Absatz 11
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe – vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022	Zu § 10 Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge
SGG	Sozialgerichtsgesetz vom 23. September 1975, BGBl. I S. 2535	Zu § 10 a Sonstige Aufwendungen 1. Zu Nummer 1 2. Zu Nummer 2 3. Zu Nummer 3 4. Zu Nummer 4 5. Zu Nummer 7
StÄndG 2007	Steueränderungsgesetz 2007 vom 19. Juli 2006, BGBl. I S. 1652	Zu § 11 Beihilfe bei Geburtsfällen 1. Zu Absatz 1 2. Zu Absatz 2
VVG	Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007, BGBl. I S. 2631	Zu § 12 Beihilfefähige Aufwendungen bei Todesfällen 1. Zu Absatz 2 2. Zu Absatz 3
VwV zu der BBhV	vom 14. Februar 2009, GMBI. S. 138	Zu § 13 Beihilfefähige außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen 1. Zu Absatz 1 bis 3 2. Zu Absatz 1
3.	Im Inhaltsverzeichnis nicht aufgeführt sind Vorschriften der BVO, zu denen Verwaltungsvorschriften nicht erlassen wurden.	
INHALTSÜBERSICHT		
Zu § 1	Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur 1. Zu Absatz 1 2. Zu Absatz 3 3. Zu Absatz 5	
Zu § 2	Beihilfeberechtigte Personen 1. Zu Absatz 2 2. Zu Absatz 4	
Zu § 3	Berücksichtigungsfähige Angehörige	
Zu § 4	Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen 1. Zu Absatz 1 2. Zu Absatz 2 3. Zu Absatz 3 4. Zu Absatz 6	
Zu § 5	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen 1. Zu Absatz 1 2. Zu Absatz 3 3. Zu Absatz 4 Nummer 1	

3. Zu Absatz 2
4. Zu Absatz 3

Zu § 14 Bemessung der Beihilfe

1. Zu Absatz 1
2. Zu Absatz 3
3. Zu Absatz 4
4. Zu Absatz 6

Zu § 15 Begrenzung der Beihilfe

1. Zu Absatz 1
2. Zu Absatz 2
3. Zu Absatz 3
4. Zu Absatz 4
5. Zu Absatz 5

Zu § 17 Verfahren

1. Zu Absatz 1
2. Zu Absatz 2
3. Zu Absatz 3
4. Zu Absatz 4
5. Zu Absatz 6
6. Zu Absatz 7
7. Zu Absatz 8

Zu § 18 Datenschutz

1. Zu Absatz 2
2. Zu Absatz 5
3. Zu Absatz 6
4. Zu Absatz 8
5. Zu Absatz 9

Zu § 19 Übergangsvorschriften

1. Zu Absatz 1
2. Zu Absatz 4

Zur Anlage zur BVO

1. Zu Nummer 1 der Anlage Einschränkungen zu § 5 Absatz 1 und §§ 6 ff.
2. Zu Nummer 2 der Anlage Hilfsmittel

Schlussvorschriften**Zu § 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur**

1. Zu Absatz 1

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung trägt dem Rechnung. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die zumutbare Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird.

2. Zu Absatz 3

Der Beihilfeanspruch ist nach den allgemeinen Vorschriften vererblich (vergleiche VwV Nummer 5.2 zu § 17).

3. Zu Absatz 5

Auf die sogenannten Öffnungsaktionen der privaten Krankenversicherungen wurde mit Rundschreiben

des FM vom 17. März 2005 (GABl. S. 542) hingewiesen. Ein weiteres Öffnungsangebot der privaten Krankenversicherungen im Jahr 2010 wurde dem Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sowie der beihilfeberechtigten Versorgungsempfänger, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterliegen, unterbreitet.

Personen, die wegen dauernden Auslandsaufenthaltes nicht von § 193 Absatz 3 VVG erfasst werden, ist im Hinblick auf § 13 Absatz 1 und § 15 Absatz 2 und 3 ein entsprechender Versicherungsschutz zu empfehlen und ein Nachweis, bei fehlendem Versicherungsschutz eine Erklärung dazu anzufordern.

Für Personen, die der Verpflichtung nach § 193 Absatz 3 VVG oder anderer Rechtsvorschriften nicht rechtzeitig nachgekommen sind, wird Beihilfe ausnahmsweise auch für die Zeit bis zum nachgewiesenen Versicherungsbeginn gewährt (vergleiche VwV Nummer 7 zu § 5 Absatz 6).

Zu § 2 Beihilfeberechtigte Personen

1. Zu Absatz 2

1.1 Die Beihilfeberechtigung entfällt mit Ablauf des Tages, an dem das Beamtenverhältnis endet oder die Bezüge wegfallen. Sie besteht jedoch noch solange fort, als dem entlassenen früheren Beamten Bezüge bis zum Ende des laufenden Monats belassen werden (vergleiche § 80 Satz 1 LBesGBW).

1.2 Empfänger von Übergangsgeld nach beamtenversorgungsrechtlichen Vorschriften sowie Empfänger von Unterhaltsbeiträgen auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen sind als Versorgungsempfänger beihilfeberechtigt. Empfänger von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nur beihilfeberechtigt, wenn die Beihilfeberechtigung ausdrücklich mitbewilligt ist.

1.3 Wird ein Landesbeamter zu einem Dienstherrn eines anderen Landes oder der Bundesverwaltung abgeordnet oder wird ein Beamter eines Dienstherrn eines anderen Landes oder der Bundesverwaltung zum Land abgeordnet, so ist mit dem anderen Dienstherrn wegen § 25 Absatz 4 LBG sowie § 14 Absatz 4 BeamStG, die Zuständigkeit für die Beihilfegewährung einschließlich des anzuwendenden Beihilferechts und die Unterrichtung des Beamten darüber alsbald abzuklären. Maßgeblich für die Zahlung von Krankenfürsorgeleistungen sind die Zuständigkeit und das Beihilferecht des abgebenden Dienstherrn, soweit zwischen den Dienstherrn nichts anderes vereinbart ist. Etwaige Verrechnungen zwischen den Dienstherrn bleiben davon unberührt. Erstattungen für Beihilfen sollen aus datenschutzrechtlichen Belangen (§ 18) grundsätzlich nicht in Höhe der tatsächlich geleisteten Beihilfen, sondern pauschal mit den jährlichen Verrechnungssätzen der VwV-Kostenfestsetzung erfolgen.

2. Zu Absatz 4

2.1 Wird ein Dienstverhältnis, das unbefristet oder auf ein Jahr oder länger befristet ist, gleichwohl vor Ablauf eines Jahres beendet, bleiben die bis dahin ent-

standenen Aufwendungen beihilfefähig. Wird ein Dienstverhältnis, das ursprünglich auf weniger als ein Jahr befristet war, auf insgesamt mindestens ein Jahr verlängert, so sind die ab dem Zeitpunkt der Verlängerung entstandenen Aufwendungen beihilfefähig.

- 2.2 Eine Teilzeitbeschäftigung im öffentlichen Dienst wird auf die Jahresfrist voll angerechnet.
- 2.3 Eine Beihilfeberechtigung nach § 2 wird durch einen Anspruch nach § 19 LAbgG nicht ausgeschlossen.

Zu § 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

1. Die Vorschrift erfasst nicht nur die beim Familienzuschlag tatsächlich berücksichtigten Kinder, sondern auch Kinder, die beim Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig sind oder wären. Damit steht Beihilfe auch für Kinder zu, für die der Beihilfeberechtigte deshalb keinen Kinderanteil im Familienzuschlag erhält, weil er nicht unter den Anwendungsbereich des Familienzuschlagsrechts fällt, oder der Kinderanteil im Familienzuschlag für dieses Kind einer anderen Person gewährt wird (vergleiche hierzu § 4 Absatz 6, § 17 Absatz 3 Satz 2).
2. Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt wird, bleiben die Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird. Dies gilt nicht, soweit die Überzahlung auf Zeiten entfällt, in denen der Beihilfeberechtigte den Wegfallgrund bereits kannte oder hätte kennen müssen.

Zu § 4 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

1. Zu Absatz 1
Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig. Zu Nummer 4 siehe die Übergangsvorschrift in Artikel 2 Absatz 3 der Verordnung vom 30. Oktober 2008 (GBl. S. 407).
2. Zu Absatz 2
- 2.1 Eine Beihilfeberechtigung aus einem Beschäftigungsverhältnis verdrängt eine beamtenrechtliche Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger auch dann, wenn das – mit Beihilferechten ausgestattete – Beschäftigungsverhältnis außerhalb des öffentlichen Dienstes besteht (zum Beispiel Religionsgemeinschaft, Gesellschaft privaten Rechts). Allerdings ist die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften nicht stets für alle Aufwendungen ganz ausgeschlossen. Sie bleibt vielmehr bestehen, wenn aus einer Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht (vergleiche § 4 Absatz 5 und Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 25. Oktober 1978 – 6 C 20.78 – BVerwGE 56, S. 349).

2.2 Eine nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährte Beihilfe nach § 4 Absatz 2, Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 1 darf gemäß § 5 Absatz 4 Nummer 7 nicht durch eine Beihilfe aus einem beamtenrechtlichen Rechtsverhältnis oder einem solchen als Versorgungsempfänger aufgestockt werden. Dies gilt nicht bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern für vorrangige arbeitszeitanteilig gekürzte Beihilfen (§ 4 Absatz 5 Satz 2); diese sind jedoch nach § 5 Absatz 3 Satz 1 auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen.

3. Zu Absatz 3

Für Fälle des Satzes 2 gelten die VwV Nummern 2.1 und 2.2 zu § 4 entsprechend.

4. Zu Absatz 6

4.1 Beruhen die konkurrierenden Beihilfeberechtigungen auf beamtenrechtlichen Vorschriften (Absatz 1 und 4), so wird Beihilfe zu Aufwendungen für Kinder nach Satz 3 der Vorschrift nur demjenigen gewährt, der das Kindergeld und gegebenenfalls den Kinderanteil im Familienzuschlag erhält. Eine davon abweichende Bestimmung nach Satz 1 der Vorschrift ist somit nur zulässig, wenn mindestens eine der Beihilfeberechtigungen auf anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften beruht.

4.2 Solange der Beihilfeberechtigte, der die Aufwendungen für ein mehrfach berücksichtigungsfähiges Kind geltend machen darf, noch nicht bestimmt ist, dürfen Aufwendungen für das Kind nur bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt werden, der tatsächlich den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag (Stufe 2 fortfolgende), oder eine Besitzstandszulage für den früheren Ortszuschlag (Stufe 3 fortfolgende) oder den entsprechenden Sozialzuschlag erhält.

4.3 Den Beihilfeberechtigten ist zur Verfahrensvereinfachung zu empfehlen, denjenigen Beihilfeberechtigten, der Aufwendungen für ein mehrfach berücksichtigungsfähiges Kind geltend machen darf, nicht abweichend von dem Bezugsberechtigten für das Kindergeld (und damit den Kinderanteil im Familienzuschlag oder die Besitzstandszulage für den früheren Orts- oder Sozialzuschlag) zu bestimmen. Wird eine abweichende Bestimmung (Vordruck LBV 332) nicht getroffen, so sind Originalbelege entsprechend § 17 Absatz 3 Satz 2 nicht erforderlich.

Zu § 5 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

1. Zu Absatz 1

1.1 Zu den Aufwendungen im Sinne der §§ 6 bis 13 kann Beihilfe nur gewährt werden, wenn sie in medizinischer, vertragsrechtlicher und beamtenfürsorgerechtlicher Hinsicht notwendig und angemessen sind. Die Anlage zur BVO und die VwV dazu sind zu beachten. Angemessen sind bei Standard- und Basistarifversicherten die nach § 75 SGB V unter Anwendung der abgesenkten Steigerungssätze vom zugelassenen Vertragsarzt berechneten Aufwendungen.

Angemessen sind regelmäßig auch die Aufwendungen für Leistungen, für die in anerkannten Verträgen

- und sonstigen Vereinbarungen Preise und Pauschalen vereinbart sind (vergleiche VwV Nummer 5.1 bis 5.3 zu § 15).
- 1.2 Zum Schutz der Beihilfedaten und beim Einholen medizinischer Gutachten sind die datenschutzrechtlichen Belange zu wahren (§ 18 und die VwV hierzu).
 2. Zu Absatz 3
 - 2.1 Der Umfang von tatsächlich gewährten Leistungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder Arbeitsverträgen (auch Dienstverträgen) ist, sofern nicht vom Rechnungsaussteller bereits abgesetzt, jeweils betragsmäßig nachzuweisen, regelmäßig durch eine Bescheinigung des Leistungsträgers auf der Rechnung. Solange der Nachweis fehlt, kann keine Beihilfe zu dem Beleg bewilligt werden.
 - 2.2 § 5 Absatz 3 Sätze 2 und 3 zwingen die Leistungsberechtigten nicht, nur solche Behandlungen in Anspruch zu nehmen, für die Ansprüche, beispielsweise gegen eine Krankenkasse, zustehen. Die Regelungen gehen vom Grundsatz der freien Arztwahl aus, der unabhängig von dem jeweils konkret bestehenden Versicherungsschutz respektiert wird. Erst wenn der Arzt und die Behandlung gewählt sind, kann entschieden werden, ob für die erbrachte Leistung ein Anspruch im Sinne der Sätze 2 und 3 zusteht. Gleiches gilt für Zahnärzte und die Angehörigen anderer Heilberufe.
 - 2.3 Wird die Behandlung selbst bezahlt (Selbstzahler, Privatpatient), so ist – außer in den Fällen des Satzes 4 Nummer 1 bis 3 – nachzuweisen, dass der behandelnde oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Personenkreis gehört, der seine Leistung als nicht beihilfefähige Dienst- oder Sachleistung – auf Vorlage der Gesundheitskarte, Krankenversichertenkarte, des Kassenrezepts, Berechtigungs- oder Überweisungsscheins – abrechnen kann. Zugleich ist für diesen Fall eine Bescheinigung der Kasse auf dem Beleg über die Höhe einer gleichwohl zu erlangenden Geldleistung anzufordern.
 - 2.4 Zu den Leistungen, die nach Satz 1 anzurechnen und den Ansprüchen, die gemäß den Sätzen 2 und 3 vorrangig sind, gehören nicht solche nach Familienrecht (auf Unterhalt), auf Schadenersatz in den Fällen des § 5 Absatz 5 Satz 3 sowie solche aus dem Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Absatz 1 PflVG. Gleiches gilt für Sozialhilfeleistungen; sie gehören zwar begrifflich zu den in den Sozialgesetzbüchern erfassten Sozialleistungen (siehe §§ 11, 18 fortfolgende SGB I), sie sind jedoch auf Grund des § 2 SGB XII nachrangig (vergleiche dazu außerdem die VwV Nummern 1.2 bis 1.4 zu § 17).
 - 2.5 Wählen freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einen Tarif mit Selbstbehalt entsprechend § 53 Absatz 1 SGB V und leistet die Kasse dementsprechend geringere Erstattungen, so kann dieser Selbstbehalt nicht von den beihilfefähigen Aufwendungen abgesetzt werden. Hierdurch ergibt sich zwar ein höherer beihilfefähiger Betrag, jedoch entfällt die Anwendung des § 14 Absatz 4. Entsprechend
- des gilt bei Verzicht auf Kassenleistungen gegen Prämienzahlung nach § 53 Absatz 2 und 7 SGB V.
- 2.6 Leistungen aus einer privaten Kranken-, Pflege- oder Unfallversicherung sind, auch wenn eine gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss und Beibehalten einer solchen Versicherung besteht, nicht von dieser Vorschrift erfasst; sie sind nach § 15 zu berücksichtigen. Wohngeld wird nicht erfasst.
 3. Zu Absatz 4 Nummer 1
 - 3.1 Die Vorschrift erfasst Dienst- und Sachleistungen (zum Beispiel ärztliche und zahnärztliche Versorgung – ohne Zahnersatz –, allgemeine Krankenhausleistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel, die meist auf Vorlage der Gesundheitskarte, Krankenversichertenkarte, des Kassenrezepts, Berechtigungs- oder Überweisungsscheins gewährt werden) der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, zum Beispiel Versorgungsverwaltung nach dem BVG. Die VwV Nummern 2.2 bis 2.4 zu § 5 gelten entsprechend.
 - 3.2 Hätte die behandelnde Person im Fall der Vorlage der Krankenversichertenkarte, des Berechtigungs- oder Überweisungsscheins eine Dienst- oder Sachleistung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe nach Absatz 4 Nummer 1 Buchstabe a ausgeschlossen. Ein Sachleistungsanspruch ist auch dann gegeben, wenn Patienten ganz oder teilweise auf den Anspruch verzichten, oder den Anspruch nicht oder nicht rechtzeitig geltend machen (zum Beispiel wenn sie der behandelnden Person keine Krankenversichertenkarte vorlegen), weil ein Sachleistungsanspruch gemäß Satz 3 nur in den dort bezeichneten Fällen nicht berücksichtigt wird.
Nimmt die behandelnde Person an der vertragsärztlichen Versorgung der Krankenkassen nicht teil und steht deshalb gegebenenfalls nur eine Geldleistung zu, so ist diese gemäß Absatz 3 von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen, wenn sie erlangt werden kann.
 - 3.3 Bei Aufwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherter Personen beruht eine nachgewiesene Kostenerstattung stets auf einer in Buchstabe b genannten Vorschrift, wenn die konkret in Anspruch genommene Leistung bei dem aufgesuchten Arzt oder anderen Angehörigen eines Heilberufs auch als Dienst- oder Sachleistung zu erlangen gewesen wäre; hiervon ist grundsätzlich auszugehen mit Ausnahme derjenigen Kostenerstattungen, an deren Stelle nach dem SGB V keine Dienst- oder Sachleistung in Betracht kommt oder dort spezielle Regelungen über die Höhe eines Kostenersatzes getroffen sind (beispielsweise Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und besonderer Zahnfüllungen, Wahlleistungen).
 - 3.4 Ist die Höhe des Abschlags nach Buchstabe d nicht nachgewiesen, sind neben der Kostenerstattung der Krankenkasse 10 Prozent des Erstattungsbetrags zusätzlich als fiktiver Abschlag abzusetzen. Beispiel: Erstattungsbetrag 1500 Euro, fiktiver Abschlag 10 Prozent = 150 Euro, abzusetzen somit insgesamt 1650

Euro. Der Abzug ist auch dann vorzunehmen, wenn daneben Absatz 4 Nummer 2 einschlägig ist. Hinsichtlich der Kostenerstattung für Zahnersatz und Zahnkronen gilt Nummer 1.2.2 der Anlage.

4. Zu Absatz 4 Nummer 2
Kleinere Kostenanteile beziehungsweise Zuzahlungen sind solche nach §§ 23 Absatz 6, 24 Absatz 3, 28 Absatz 4, 29 Absatz 2, 31 Absatz 3, 32 Absatz 2, 33 Absatz 8, 37 a Absatz 3, 38 Absatz 5, 39 Absatz 4, 40 Absatz 5 und 6, 41 Absatz 3 und 60 Absatz 2, 61 Satz 1 und 2 SGB V, 32 SGB VI oder entsprechenden Regelungen. Sie sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn nicht das Sachleistungsverfahren, sondern Kostenerstattung (Geldleistungen) gewählt wird. Ist § 5 Absatz 3 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 4 Nummer 1 Buchstabe a oder b einschlägig, so sind danach auch Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel (entsprechend § 31 Absatz 2, §§ 130, 130a SGB V), unabhängig von der gewählten Art der Abrechnung nicht beihilfefähig.
5. Zu Absatz 4 Nummer 4
- 5.1 Maßgebend sind die beiden Kalenderjahre vor Antragstellung; dabei ist unmaßgeblich, in welchem Kalenderjahr die Aufwendungen entstanden oder in Rechnung gestellt worden sind. Überschreiten die Einkünfte den Höchstbetrag nur in einem der beiden Vorjahre, so sind auch die im Kalenderjahr des Überschreitens entstandenen Aufwendungen beihilfefähig.
- 5.2 Sind beim berücksichtigungsfähigen Ehegatten, dessen Einkünfte in den beiden Vorjahren den Höchstbetrag überschritten haben, im laufenden Kalenderjahr die Einkünfte weggefallen oder deutlich reduziert und erklärt die beihilfeberechtigte Person, dass im laufenden Kalenderjahr der Höchstbetrag nicht überschritten wird und sie mit der Antragstellung nicht bis in das Folgejahr warten will, wird hiermit zugestimmt, dass unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt wird. Dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, im Laufe des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr den Höchstbetrag überschritten haben.
6. Zu Absatz 4 Nummer 9
Aufwendungen für sozialpädiatrische Leistungen, die in den Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V erbracht werden, sind ausnahmsweise im Rahmen der Nummer 1.1 der Anlage als Komplextherapie beihilfefähig (vergleiche VwV 1.2 zu Nummer 1 der Anlage).
7. Zu Absatz 6
Soweit das Ministerium für Finanzen und Wirtschaft das Einvernehmen allgemein erteilt hat und damit eine Vorlage entfällt, ist dies in die VwV zu den Einzelregelungen der BVO (siehe VwV Nummer 3 zu § 1, VwV Nummer 1.3 letzter Satz zu § 6a, sowie VwV Nummern 3.2 und 4.2 zu § 10a) aufgenommen. Auch in diesen Fällen müssen die Voraussetzungen des § 5 Absatz 6 gegeben sein, insbesondere müssen

die den Mindestbetrag übersteigenden nicht anderweitig gedeckten Aufwendungen so hoch sein, dass sie nicht ohne (Teil-) Beihilfe getragen werden können. Die finanzielle Situation aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen ist auch dann zu berücksichtigen, wenn es sich um Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten selbst handelt. Eine Prüfung der finanziellen Situation ist nicht erforderlich bei Entscheidungen nach VwV Nummer 3 zu § 1, VwV Nummer 1.3 zu § 6a, über nicht in der Anlage aufgeführte Hilfsmittel und bei Abweichen von den Vorschriften über psychotherapeutische Leistungen auf Grund eines Obergutachtens. Ein Härtefall kann nur dann einschlägig sein, wenn im entscheidungserheblichen Zeitraum eine Beihilfeberechtigung bestand.

Zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

1. Zu Absatz 1 Nummer 1
- 1.1 Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose oder der Indikation grundsätzlich nicht erforderlich.
- 1.2 Keine beihilfefähigen Krankheitskosten sind Kosten für ärztliche Untersuchungen und Atteste zum Beispiel für den Wechsel einer Krankenversicherung, zur Bescheinigung der Fahrtauglichkeit bei Führerscheinerwerb sowie zur gesundheitlichen Eignung zur Übernahme in ein Arbeitnehmer- oder Beamtenverhältnis. Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind jedoch beihilfefähig.
- 1.3 Die Aufwendungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung sind unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:
Bei Insemination sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens fünf Behandlungen beihilfefähig. Die Beihilfestelle kann bei einer entsprechenden ärztlichen Befürwortung darüber hinaus die Aufwendungen für weitere drei Behandlungen als beihilfefähig anerkennen.
Bei In-vitro-Fertilisation, Intratubarem Gameten-Transfer (GIFT) oder Intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für jeweils höchstens drei Behandlungen beihilfefähig.
Ist nur eine Person erkrankt, sind sämtliche Aufwendungen grundsätzlich dieser zuzuordnen. Wenn bei beiden Personen Sterilität diagnostiziert ist, sind die Aufwendungen grundsätzlich der Person zuzuordnen, bei der die medizinischen Leistungen erbracht wurden. Extrakorporale Maßnahmen werden in diesem Fall der Person zugeordnet, an die die Rechnung ausgestellt ist.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die künstliche Befruchtung mit Keimzellen eines anderen als des Ehegatten oder des Partners.

- 1.4 Aufwendungen für eine Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen sind im Rahmen einer laufenden beihilfefähigen künstlichen Befruchtung oder in begründeten Einzelfällen als fertilitätsprotektive Maßnahme als beihilfefähig anzuerkennen, wenn auf Grund einer Erkrankung beziehungsweise derer notwendigen Behandlung Sterilität droht.
- 1.5 Ist eine hinreichende Verständigung mit hörbehinderten oder besonders stark in der Sprachfähigkeit beeinträchtigten Menschen anders nicht ausreichend möglich, so sind in begründeten Einzelfällen die Kosten für Gebärdendolmetscher (§ 17 Absatz 2 SGB I, § 57 SGB IX) als Nebenkosten der Untersuchung oder Behandlung beihilfefähig.
2. Zu Absatz 1 Nummer 2
- 2.1 Der Begriff der beihilfefähigen Arznei- und Verbandmittel deckt sich nicht mit dem wortgleichen Begriff der gesetzlichen Krankenversicherung oder dem Arzneimittelbegriff des AMG. Arzneimittel im Sinne von § 6 Absatz 1 Nummer 2 sind grundsätzlich Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen Körper Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu verhüten oder zu erkennen.
- Einen Anhaltspunkt dafür, ob ein bestimmtes Präparat ein Arzneimittel im medizinischen Sinn ist, kann seine Zulassung oder Registrierung als Arzneimittel (§ 2 Absatz 4 AMG) und etwa auch die Erwähnung des Mittels in der vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie herausgegebenen »Roten Liste« oder in sonstigen Listen über erprobte Arzneimittel bieten.
- Keine Arzneimittel sind Lebensmittel im Sinne des § 2 Absatz 2 LFGB, zu denen auch Nahrungsergänzungsmittel zählen können. Das Gleiche gilt für Medizinprodukte im Sinne des § 3 MPG. Auf Grund der Ermächtigung in der Vorschrift sind nachfolgend in VwV 2.4 bis 2.6 zu § 6 Ausnahmen aufgeführt.
- 2.2 Aufwendungen für empfangnisregelnde Mittel sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie werden nachweislich zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet. Aufwendungen für potenzsteigernde Mittel sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie zur Behandlung einer anderen Krankheit als der erektilen Dysfunktion verordnet werden.
- 2.3 Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören beispielsweise die ballaststoffreiche Kost, Diätkost, glutenfreie Nahrung, Heil- und Mineralwässer, medizinische Körperpflegemittel (einschließlich kosmetischer Mittel), Säuglingsfrühnahrung, Geriatrika, Stärkungsmittel und dergleichen. Ob ein Mittel geeignet ist, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, richtet sich nach seiner objektiven Eigenart und Beschaffenheit. Es kommt nicht darauf an, dass ein Mittel bei seiner Anwendung

Güter des täglichen Bedarfs tatsächlich ersetzt, diese also überflüssig macht. Abgestellt wird vielmehr darauf, ob das Mittel zur Ersetzung geeignet ist.

- 2.4 Aufwendungen für sogenannte vollbilanzierte Formeldiäten (nährstoffdefinierte ballaststoffarme Voll-diätpräparate, Elementardiät, Sondennahrung) sind soweit sie vierteljährlich 360 Euro übersteigen ausnahmsweise in folgenden, medizinisch gesicherten Ausnahmefällen beihilfefähig, wenn die Formeldiät auf Grund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig ist bei
- Ahornsirupkrankheit
 - Colitis ulcerosa
 - Kurzdarmsyndrom
 - Morbus Crohn
 - Mukoviszidose
 - Phenylketonurie
 - erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße, insbesondere Mundboden- und Zungenkarzinom
 - Tumortherapien (auch nach der Behandlung)
 - postoperativer Nachsorge
 - angeborene Defekte im Kohlehydrat- und Fettstoffwechsel
 - angeborene Enzymdefekte, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden
 - AIDS-assoziierten Diarrhöen
 - Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt
 - Niereninsuffizienz.
- Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahrs) und für Kleinkinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahrs beihilfefähig, wenn Kuhmilchallergie besteht. Bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis sind Elementardiäten für einen Zeitraum von insgesamt einem halben Jahr beihilfefähig, wenn sie für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.
- Aufwendungen für chemisch definierte Formeldiäten (zum Beispiel auch Aminosäuremischungen als Zusatz zur Diät bei Phenylketonurie) sind beihilfefähig; der Abzug von 360 Euro unterbleibt, wenn die Kosten zusätzlich zu den für die übliche Diätahrung entstehen. Eine parenterale Versorgung (direkt in die Blutbahn) hat Arzneimittelcharakter.
- 2.5 Vitamine und Mineralstoffpräparate sind nur dann beihilfefähig, wenn sie verschreibungspflichtig sind. Davon abweichend sind Mineralstoffpräparate und Vitaminpräparate beihilfefähig, wenn sie bei Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie auf Grund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Der therapeutische Nutzen zur

- Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung muss dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen
- Aufwendungen für Mittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (zum Beispiel D-Fluoretten, Vigan-toletten) bei Säuglingen und Kleinkindern sind beihilfefähig.
- 2.6 Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und apothekenpflichtig sind, sind grundsätzlich beihilfefähig, wenn sie entsprechend ihrer Zweckbestimmung nach Art und Ausmaß zur Krankenbehandlung geeignet sind, eine diagnostische oder therapeutische Interventionsbedürftigkeit besteht und sie als solche in der »Roten Liste« enthalten sind.
- 2.7 Aufwendungen für Mittel, die über die verordnete Menge hinaus (bei Dauerbelegen über den anzuwendenden Geltungszeitraum hinaus) oder ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Verordnenden erneut beschafft worden sind, sind grundsätzlich nicht beihilfefähig; jedoch kann eine einmalige Wiederholung als notwendig angesehen werden.
3. Zu Absatz 1 Nummer 3
- 3.1 Verordnungen von Nichthumanmedizinerinnen oder Heilpraktikern reichen nicht aus um eine Beihilfefähigkeit zu begründen. Verordnungen von Fachärzten sind im Rahmen ihrer fachspezifischen Leistungen als ausreichend anzusehen. Ein Zahnarzt kann Heilbehandlungen im Rahmen der Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde verordnen. Dies gilt nicht für die Verordnung von logopädischen Behandlungen durch einen allgemeinen Zahnmediziner.
- 3.2 Die Heilbehandlung muss von einer Person erbracht werden, die die staatliche Anerkennung in dem einschlägigen medizinischen Heilberuf besitzt, der seinerseits Bestandteil der staatlichen Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes ist. Klinische Linguisten und die nach dem Recht des Landes Niedersachsen staatlich anerkannten Sprachtherapeuten oder staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (ASSL) gelten bei der Durchführung von Sprachtherapie als Heilbehandler im Sinne des Satzes 1. Die Heilbehandlung ist nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen des jeweiligen Berufsbildes erbracht wird.
- Maßnahmen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu-Therapie und ähnliche sind keine beihilfefähigen Heilbehandlungen im Sinne § 6 Absatz 1 Nummer 3.
- 3.3 Legasthenie und Akalkulie (Lese-, Rechtschreib- oder Rechenschwäche) sind keine Erkrankungen im Sinne des § 6 Absatz 1. Aufwendungen für derartige Behandlungen sind daher nicht beihilfefähig.
- 3.4 Eine ambulante neuropsychologische Behandlung muss durch einen Facharzt für Neurologie erfolgen oder mit Begründung verordnet sein. Bei verordneter Behandlung muss die Leistung durch Neuropsychologen GNP (approbierte psychologische Psychotherapeuten mit abgeschlossener Zusatzausbildung der Gesellschaft für Neuropsychologie – GNP) erbracht werden. Grundsätzlich sind zunächst höchstens 15 Sitzungen zu bewilligen; weitere maximal zehn Sitzungen nur nach einem Zwischenbericht des Neuropsychologen mit ausreichender Prognose, falls nicht die Weiterbehandlung durch Angehörige eines anderen Heilberufs (zum Beispiel Logopäden) in Betracht kommt. Der beihilfefähige Höchstbetrag für eine 60-minütige Behandlung ergibt sich aus der Addition der Nummern 50 a und 51 des Leistungsverzeichnisses des BMI.
- 3.5 Nur außerhalb des Besuchs einer vorschulischen, schulischen, berufsfördernden, berufsvorbereitenden oder berufsbildenden Einrichtung oder Werkstätte für Behinderte und dergleichen zu erbringende ärztlich verordnete Heilbehandlungen sind vom Ausschluss gemäß § 78 Absatz 2 Nummer 2 LBG in Verbindung mit § 5 Absatz 4 Nummer 9 und § 6 Absatz 1 Nummer 3 Satz 5 nicht erfasst. Sie müssen nach § 6 Absatz 1 erster Halbsatz gesondert erbracht und detailliert berechnet sein; die maßgeblichen Höchstbeträge ergeben sich aus der Nummer 1.4.1 der Anlage zur BVO.
- 3.6 Aufwendungen für Heilbehandlungen im Rahmen einer teilstationären oder stationären Unterbringung in speziellen Einrichtungen für Kranke und Behinderte, die nicht die Voraussetzungen des § 7 oder § 9 Absatz 3, 7 erfüllen, sind ebenfalls nur unter den Voraussetzungen der VwV Nummer 3.1 bis 3.5 zu § 6 beihilfefähig. Bei Berechnung von pauschalen Tagessätzen durch Einrichtungen zur Berufsfindung, Belastungserprobung (nicht: Berufsvorbereitung, Arbeitserprobung), Übergangsheime für Suchtkranke, therapeutische Bauernhöfe und therapeutische Wohngemeinschaften kann die Beihilfestelle bis zu 11 Euro des pauschalen Tagessatzes je Anwesenheitstag, oder den mit einer gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Betrag, als Aufwendungen für Heilbehandlungen ansehen, wenn die verordneten Leistungen nach Art und Umfang nach der Anlage zur BVO beihilfefähig sind.
4. Zu Absatz 1 Nummer 7
- 4.1 Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit der Behandlungspflege, gegebenenfalls vorübergehend für weniger als sechs Monate der Grundpflege, sowie gegebenenfalls zusätzlich der hauswirtschaftlichen Versorgung bedürfen:
- a) Die zeitlich nicht begrenzte Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen.
 - b) Zur zeitlich begrenzten Grundpflege zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (zum Beispiel Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (zum Beispiel Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
 - c) Die hauswirtschaftliche Versorgung, nur zusätzlich zur Grundpflege, umfasst insbesondere das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spü-

len, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Beheizen.

Krankenpflege liegt nicht vor, wenn lediglich hauswirtschaftliche Arbeiten erbracht werden (zum Beispiel Essen zubereiten) oder lediglich soziale oder psychische Betreuung (zum Beispiel in Wohnheimen für Behinderte) stattfindet. Ein Betreuungsbedarf im Sinne der §§ 45 a, b SGB XI gehört nicht zur Krankenpflege.

- 4.2 Die ärztliche Bescheinigung muss Angaben über Arten der Leistungen, die tägliche Stundenzahl und insbesondere die Anzahl beziehungsweise voraussichtliche Dauer enthalten. Die Notwendigkeit der Krankenpflege ist mit Diagnoseangabe zu begründen.
- 4.3 Bei einer Krankenpflege durch Pflegekräfte der Pflegedienste sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Sätze beihilfefähig, die öffentliche oder frei gemeinnützige Träger mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart haben. Werden andere Berufspflegekräfte oder vom Arzt als geeignet erklärte Personen, wobei letztgenannte schon mehrjährig hauptberuflich als Pflegekräfte tätig gewesen sein müssen, beschäftigt, sind die Aufwendungen ebenfalls bis zu dieser Höhe beihilfefähig. Werden andere Personen ohne Krankenpflegeausbildung und ohne mehrjährige hauptberufliche Erfahrung in der Krankenpflege gleichwohl ausdrücklich und schriftlich vom Arzt als geeignet erklärt, so sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe der Sätze beihilfefähig, die von der gesetzlichen Krankenversicherung für nebenberufliche Pflege vergütet werden.
- 4.4 Bei einer vorübergehend notwendigen Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim, einem Alten- und Pflegeheim oder einer entsprechenden Einrichtung wohnenden Person, die nicht pflegebedürftig im Sinne des § 9 Absatz 2 ist, ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.
- 4.5 Werden von Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen und dergleichen für Behandlungspflege anstelle einer gesonderten (§ 6 Absatz 1 erster Halbsatz) Erbringung und Berechnung der Leistungen Pauschalsätze – gegebenenfalls einschließlich Unterkunft und Verpflegung – berechnet, so ist – wenn im übrigen die Voraussetzungen für eine Beihilfegewährung nach § 6 Absatz 1 Nummer 7 oder § 9 Absatz 1 Satz 1 vorliegen – ein auf die Behandlungspflege entfallender Kostenanteil bis zur Höhe der entsprechenden Sätze der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig.
5. Zu Absatz 1 Nummer 8
- Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen. Die Aufwendungen der ambulanten Palliativversorgung sind bis zur Höhe der

vereinbarten Vergütung nach § 132 d SGB V beihilfefähig; die Übereinstimmung mit der Vergütungsvereinbarung soll auf der Rechnung bestätigt sein.

6. Zu Absatz 1 Nummer 9
- Rehabilitationssport in besonderen Gruppen umfasst Übungen, die in einer Gruppe für Personen mit gleichartiger Vorerkrankung oder Behinderung im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Dies kann zum Beispiel Rehasport in Herzgruppen oder auch spezieller Sport für Rollstuhlfahrer sein. Rehabilitationssportarten können auch spezielle Gymnastik, Leichtathletik, Bewegungsspiele jeweils in Gruppen sein, auch die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen kann beiläufiger Bestandteil eines derartigen Angebots sein.
- Sportliche Betätigungen in anderem Rahmen, in Vereinen, Sportstudios oder dergleichen sowie in nicht von einem Angehörigen eines Heilberufs oder einem Arzt geleiteten Kursen zum Beispiel an Volkshochschulen (zum Beispiel Yoga, Seniorengymnastik), sowie Leistungssport einschließlich Teilnahme an Wettkämpfen Behinderter fallen nicht unter diese Regelung.
- Beihilfefähig sind neben Einzelabrechnungen auch Kursgebühren grundsätzlich jeweils im Rahmen des Höchstbetrags für Krankengymnastik in der Gruppe, nicht jedoch Mitgliedsbeiträge. Die regelmäßige Teilnahme ist nachzuweisen. Die Beihilfestelle kann Nachweise über die Anerkennung der jeweiligen Rehabilitationssportgruppe verlangen.
7. Zu Absatz 2
- Regelungen auf Grund dieser Bestimmung sind in diese VwV bei der Regelung für die jeweiligen Aufwendungen eingearbeitet.

Zu § 6a Krankenhausleistungen

1. Zu Absatz 1
- 1.1 Beihilfefähig sind auch gesetzlich vorgesehene Zuschläge wie zum Beispiel DRG-Systemzuschlag, der von den Krankenhäusern nach dem DRG-Systemzuschlagsgesetz berechnet wird. Dies gilt auch für den Investitionszuschlag nach § 14 Absatz 3 BpflV, den Krankenhäuser für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen berechnen.
- 1.2 Ist die Unterbringung des Erkrankten in einem Ein- oder Zweibettzimmer aus medizinischen Gründen notwendig, so ist sie durch den Pflegesatz beziehungsweise die Fallpauschale abgegolten.
- 1.3 Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung noch nach den Vorgaben der BpflV, ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der BpflV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des KHEntgG abgerechnet, kann für die

- Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHEntgG), auf der Basis des § 17b Absatz 1 Satz 4 KHG ein Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen, der auf einer Vereinbarung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung einerseits sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft andererseits basiert, verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon wird nach § 5 Absatz 6 hiermit allgemein zugestimmt (vergleiche VwV Nummer 7 zu § 5 Absatz 6), dass die Kosten einer Unterbringung der Begleitperson außerhalb des Krankenhauses dann berücksichtigt werden können, wenn diese nach begründetem fachärztlichen Attest wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie (über fünf Wochen) erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist; für die Höhe des beihilfefähigen Betrags gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.
2. Zu Absatz 2
- 2.1 Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn als hergebrachter Grundsatz des Berufsbeamtentums (Art. 33 Absatz 5 GG) gebietet nicht, Beamten Beihilfen zu Wahlleistungen zu gewähren (BVerfG, Beschluss vom 7. November 2002 – 2BvR 1053/98, NVwZ 2003, S. 720). Beihilfe zu Wahlleistungen wird daher grundsätzlich nicht gewährt, es sei denn, die beihilfeberechtigte Person wünscht dies. Zur teilweisen Deckung des Aufwandes für diese Mehrleistung werden laufend monatlich 13 € als Beitrag von denjenigen erhoben, die die Beihilfefähigkeit von Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung wünschen.
- 2.2 Der Beitrag ist einheitlich hoch für jede beihilfeberechtigte Person; für berücksichtigungsfähige Angehörige ist kein weiterer Beitrag zu zahlen. Auch teilzeitbeschäftigte Beamte müssen zur Aufrechterhaltung ihres Anspruchs auf Beihilfe zu Aufwendungen für Wahlleistungen den Beitrag in voller Höhe entrichten.
- 2.3 Während der Zeit einer Beurlaubung ohne Beihilfeanspruch entfällt mit dem generellen Beihilfeanspruch auch der Anspruch auf Beihilfe zu Wahlleistungen und damit auch die Verpflichtung zur Zahlung des monatlichen Beitrags. Gleiches gilt bei Abordnungen zu einem anderen Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung, sobald der (bisherige) Dienstherr die Bezügezahlung einstellt. Für die am Stichtag 1.4.2004 zu einem anderen Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung abgeordneten Beamten gilt Nummer 2 der Vorschrift sinngemäß.
- 2.4 Wird eine Person, die unter § 2 Absatz 4 Nummer 3 fällt oder nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt ist, zusätzlich beihilfeberechtigt aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger, so können Beihilfeansprüche auf Wahlleistungen aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger nur durch eine Erklärung innerhalb der Ausschlussfrist gesichert werden. Solange auf Grund des § 2 Absatz 4 Nummer 3 oder auf Grund des § 4 der Beihilfeanspruch zu Aufwendungen für Wahlleistungen aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger nicht zum Tragen kommen kann, ist der Fristablauf gehemmt und die Verpflichtung zur Zahlung des monatlichen Beitrags ruht.
- Hingegen ist während der Zeit einer Beihilfeberechtigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 trotz vollen Ruhens der Versorgungsbezüge der Beitrag in voller Höhe zu entrichten, sofern der Beihilfeanspruch nicht wegen einer anderen Beihilfeberechtigung nach § 4 ausgeschlossen oder nachrangig ist.
- 2.5 Beginnt oder endet die Bezügezahlung und gleichzeitig die Beihilfeberechtigung im Lauf eines Kalendermonats, so ist § 4 Absatz 3 LBesGBW anzuwenden.
- 2.6 Nur einmalig zu Beginn der Beihilfeberechtigung ist eine Erklärung, Beihilfe zu Wahlleistungen gegen Beitragszahlungen in Anspruch nehmen zu wollen, innerhalb der Ausschlussfrist möglich, später prinzipiell nie wieder. Nur unter den Voraussetzungen von Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a – Entstehen einer neuen Beihilfeberechtigung infolge einer Begründung eines neuen Beamtenverhältnisses – im Sinne des § 18 Absatz 1, 1. und 2. Variante LBG kann eine beihilfeberechtigte Person das Wahlrecht zur Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Beihilfen für Wahlleistungen nochmals ausüben. Gleiches gilt zwar grundsätzlich auch bei einer Umwandlung im Sinne des § 18 Absatz 1, 3. Variante LBG; im Regelfall entsteht aber trotzdem kein neues Wahlrecht, weil keine »neue« Beihilfeberechtigung begründet wird. Wird ein Beamter auf Widerruf zum Beamten auf Probe ernannt, so wird aus Gründen der Gleichbehandlung, ohne Rücksicht auf divergierende Regelungen über die Beendigung der Widerrufsbeamtenverhältnisse, stets ein nochmaliges Wahlrecht eingeräumt. Eine neue Beihilfeberechtigung liegt aber insbesondere dann nicht vor, wenn ein Beamtenverhältnis auf Probe in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit umgewandelt wird.
- 2.7 Bei Beginn oder Ende einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge, sowie bei Eintritt in den Ruhestand besteht keine neue Wahlmöglichkeit.
- 2.8 Ein schriftlicher Widerruf der Erklärung wird nur für die Zukunft, frühestens somit zum ersten Tag des auf den Widerruf folgenden Kalendermonats wirksam. Der Widerruf und die Rechtsfolgen sind durch Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung festzustellen.
- 2.9 In den Fällen, in denen der Beitrag nicht von den laufenden monatlichen Bezügen einbehalten werden kann, wird er zum 15. des jeweiligen Monats fällig. Kommt der Beihilfeberechtigte seiner Zahlungs-

pflicht über einen Zeitraum von drei Monaten trotz Erinnerung nicht nach, wird der Wegfall des Beihilfeanspruchs zu Wahlleistungen durch Bescheid festgestellt. Der Beihilfeanspruch zu Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung entfällt in diesen Fällen mit Beginn des Zahlungsverzuges.

3. Zu Absatz 3
- 3.1 Aufwendungen für Krankenhausleistungen eines nicht unter das KHEntgG beziehungsweise die BPfIV fallenden Krankenhauses, das jedoch nach § 108 SGB V zugelassen sein muss, können im Gesamtbetrag den beihilfefähigen Kosten eines Vergleichskrankenhauses gegenübergestellt werden, soweit sie nach Art und Umfang (gegebenenfalls einschließlich Wahlleistungen bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers) den beihilfefähigen Krankenhausleistungen nach dem KHEntgG entsprechen.
- 3.2 Wurde ein Zimmer mit drei oder mehr Betten in Anspruch genommen, so können für die Vergleichsbeurteilung nicht die Mehrkosten eines Zweibettzimmers mit zugrunde gelegt werden. Mehrkosten eines Einbettzimmers gegenüber einem Zweibettzimmer sind keinem Fall beihilfefähig.

Zu § 7 Beihilfe bei Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen

1. Zu Absatz 1
- 1.1 Behandlungen im Sinne dieser Vorschrift liegen nur vor, wenn der Erkrankte seine speziellen Behandlungen im Wesentlichen in der Einrichtung selbst (vollstationär oder Nachtklinik) erhält, in der er auch untergebracht ist. Manche Einrichtungen erfüllen die Voraussetzungen für mehrere Maßnahmen im Sinne der Nummern 1 bis 4; beihilferechtlich ist die im Einzelfall notwendige Art der Maßnahme entscheidend, die sich aus dem nach Absatz 6 vorzulegenden begründeten Nachweis ergeben muss. Gleiches gilt, wenn ein Teil der Einrichtung zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 6 a ist.
- 1.2 Eine vorherige Anerkennung ist nur bei Maßnahmen erforderlich, die voraussichtlich 30 oder mehr Tage dauern; ergibt sich dies nachweislich erst im Verlauf der stationären Maßnahme, so genügt die in Absatz 6 vorgeschriebene besondere Begründung der langen Dauer. Gleichwohl können die Beihilfeberechtigten für alle Maßnahmen nach Nummer 1 der Schlussvorschriften frühzeitig zur eigenen Sicherheit eine vorherige Anerkennung beantragen. Ein Anerkennungsbescheid soll regelmäßig eine Geltungsdauer von höchstens sechs Monaten ab Bekanntgabe haben und soll die auf Grund der Anerkennung beihilfefähigen Aufwendungen bezeichnen.
2. Zu Absatz 3
- 2.1 Bei unmittelbarer Verlegung aus einem Krankenhaus nach § 6 Absatz 1 Nummer 6 in Verbindung mit § 6 a Absatz 1 in eine Klinik für geriatrische Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V kann auf ein amtsärztliches Gutachten verzichtet werden. Hin-

sichtlich der Höhe der Aufwendungen ist § 7 Absatz 7 Satz 4 zu beachten.

- 2.2 Ein zeitlicher Zusammenhang kann grundsätzlich noch dann unterstellt werden, wenn die Unterbrechung nicht länger als drei Wochen dauert. Bei einer längeren zeitlichen Unterbrechung kann ausnahmsweise der zeitliche Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt als gegeben angesehen werden, wenn nach einer schweren Erkrankung, die erfahrungsgemäß nach dem Krankenhausaufenthalt meist eine Anschlussheilbehandlung erfordert (zum Beispiel Herz-, Wirbelsäulen- oder Hüftgelenkoperation), eine solche aus Platzmangel oder Gesundheitsgründen erst nach mehr als drei Wochen Unterbrechung durchgeführt wird; in einem solchen Einzelfall ist eine auch bezüglich der Unterbrechungsdauer begründete Bescheinigung nach Absatz 6 Satz 1 erforderlich. Wird in anderen als in Satz 2 erfassten Fällen eine Maßnahme erst nach mehr als drei Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (§ 6 a) durchgeführt, so sind Absatz 5 und 6 Satz 2 einschlägig.
3. Zu Absatz 5

Aus den einschlägigen Verzeichnissen der gesetzlichen Krankenkassen (insbesondere »VRK-Vorsorge-, Rehabilitations- und Kureinrichtungen« Optimum Medien und Service GmbH München) sind diejenigen Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 107 Absatz 2 SGB V ersichtlich, die als solche nach §§ 111, 111a SGB V zur Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zugelassen sind. Bei nicht zugelassenen Einrichtungen ist nach Maßgabe der Kriterien des § 107 Absatz 2 SGB V das Vorliegen der Voraussetzungen zu prüfen; Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 SGB V, die als hotelähnlicher Betrieb geführt werden und solche Einrichtungen, die nicht fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen, erfüllen damit nicht die Voraussetzungen.
4. Zu Absatz 6
- 4.1 Die Bescheinigung nach Satz 1 oder das medizinische Gutachten nach Satz 2 soll vor Beginn der Maßnahme ausgestellt sein. Sie muss die Einrichtung bezeichnen, in der die Behandlung durchzuführen ist. Die voraussichtlich erforderliche Dauer der Maßnahme soll darin angegeben sein.
- 4.2 Bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 (insbesondere bei Kurzzeitaufenthalten bis zehn Tage in einem Krankenhaus nach Absatz 2) kann die Beihilfestelle an die in Satz 1 vorgeschriebene Bescheinigung geringere Anforderungen stellen oder darauf verzichten, soweit nach den eingereichten Belegen – zum Beispiel der angegebenen Diagnose – erfahrungsgemäß keine Zweifel an der Notwendigkeit oder Dauer der stationären Behandlung auftreten können.
- 4.3 Für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einer Einrichtung nach § 7 Absatz 5 ist weder ein amtsärztliches Gutachten noch eine Voranerkennung (auch nicht ab einer Dauer von 30 Tagen) erforderlich.

5. Zu Absatz 7
- 5.1 Sind Aufwendungen für Leistungen eines Krankenhauses nach Absatz 2 nicht offensichtlich geringer als solche nach dem KHEntgG oder der BPfIV, so können sie zur Prüfung der Angemessenheit im Gesamtbetrag den beihilfefähigen Kosten eines unter die BPfIV fallenden Krankenhauses gegenübergestellt werden, soweit sie nach Art der Leistung den Krankenhausleistungen nach dem KHEntgG oder der BPfIV entsprechen. Als Vergleichskrankenhaus ist ein solches mit Maximalversorgung am Sitz der Beihilfestelle oder in deren nächster Umgebung heranzuziehen. Dies gilt sinngemäß auch für die Prüfung der Angemessenheit der Aufwendungen in Einrichtungen zur Anschlussheilbehandlung.
- 5.2 Die behördliche Feststellung der Notwendigkeit ständiger Begleitung ergibt sich ausschließlich aus dem amtlichen Ausweis (Merkzeichen »B«). Bei Kindern bis zu elf Jahren genügt stattdessen eine fachärztliche Begründung, dass wegen des Alters des Kindes und der Art der langen schweren Erkrankung (über fünf Wochen) eine Begleitperson während des stationären Aufenthalts notwendig ist.
- 5.3 Für die nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 beihilfefähigen Aufwendungen sind die hierfür maßgeblichen Vorschriften, einschließlich der Höchstbeträge und sonstigen Einschränkungen, zu beachten. Hiervon abweichend unterfallen Kosten für Leistungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 und 3 in Einrichtungen nach Absatz 4 und 5 zusammen mit dem Preis für Unterkunft einschließlich Kurtaxe, Pflege und Verpflegung der Begrenzung auf die Pauschal- oder Tagessätze für Sozialversicherte in dieser Einrichtung. Für Einrichtungen nach Absatz 4 und 5, die keinen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V haben, soll die Beihilfestelle auf Grund von Preisvergleichen generelle Obergrenzen festlegen.

Zu § 8 Beihilfe bei Kuren

1. Zu Absatz 1
Einzelne Einrichtungen für Maßnahmen nach Nummer 1 oder 2 erfüllen zugleich auch die Voraussetzungen des § 7 Absatz 3 oder 5; beihilferechtlich ist die im Einzelfall notwendige Art der Maßnahme entscheidend, die sich aus dem nach Absatz 5 vorzulegenden begründeten Nachweis ergeben muss.
2. Zu Absatz 4
Beihilfe wird nur gewährt, wenn die Kur nach ärztlichen Anordnungen auf Grund eines Kurplans unter Bedingungen durchgeführt wird, die den Kurerfolg nicht von vornherein in Frage stellen. Die von Reiseveranstaltern angebotenen Pauschalkuren genügen regelmäßig nicht den Anforderungen. Im Zweifel, insbesondere bei Heilkurorten in typischen Feriengebieten, ist der individuelle Kurplan mit ärztlichen Konsultationen und erforderlichen Kuranwendungen anzufordern. Bei Aufenthalt im Wohnwagen oder auf dem Campingplatz oder in einer Ferienwohnung (mit oder ohne Familie) ist die Beihilfegewährung ausge-

schlossen, weil wesentliche Voraussetzungen für eine erfolversprechende Kur fehlen; dies ist im Anerkennungsbescheid nach Absatz 5 Satz 2 mitzuteilen. Erholungsmaßnahmen, Familienferien, Kurlaub, Aufenthalt in Luftkurorten oder Seebädern sind nicht als Kuren beihilfefähig.

3. Zu Absatz 5
- 3.1 Die Wartezeiten nach Nummern 1 und 2 können nach der Zweckbestimmung der Kuren und dem Beihilfenumfang nicht zu einer Härte führen, weil bei dringlicher Behandlungsbedürftigkeit eine Kur nicht angezeigt ist. In Fällen dringlicher Behandlungsbedürftigkeit kommt eine Krankenbehandlung (ambulant, gegebenenfalls auch stationär zum Beispiel nach § 7 Absatz 5) in Betracht.
In besonderen Ausnahmefällen, in denen eine Kur zur Vermeidung eines Rezidivs wegen eines schweren chronischen Leidens aus zwingenden medizinischen Gründen vor Fristablauf geboten ist, kann die Beihilfefähigkeit ausnahmsweise anerkannt werden, jedoch ohne die Aufwendungen nach Absatz 6 Nummer 6.
- 3.2 Die Wartezeit nach Nummer 1 ist bei Angehörigen, die weniger als fünf Jahre berücksichtigungsfähig sind, auch dann erfüllt, wenn der Beihilfeberechtigte selbst die Wartezeit erfüllt.
- 3.3 Für die Wartezeitberechnung nach Nummer 2 bleiben solche Kuren außer Betracht, für die keine Beihilfe zu Aufwendungen nach Absatz 6 Nummer 1 bis 6 gewährt wurde, außerdem die aus zwingendem Grund abgebrochenen Kuren. Zwingender Grund ist in der Regel nur eine Krankenseinlieferung des Beihilfeberechtigten oder eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder ein Todesfall eines Angehörigen (§ 5 Absatz 4 Nummer 6 Buchstabe a) sowie ein aus medizinischen Gründen erforderlicher Abbruch der Kur.
- 3.4 Hat sich die frühere Kur über den Kalenderjahreswechsel erstreckt, so ist eine Beihilfe zulässig für eine Kur, die sich frühestens über den drei Jahre darauf folgenden Kalenderjahreswechsel hinweg erstreckt.
- 3.5 In der ärztlichen Bescheinigung nach Satz 1 Nummer 4 oder dem amtsärztlichen Gutachten nach Satz 2 Nummer 1 soll die Einrichtung oder der Heilkurort angegeben sein.
- 3.6 Für Beamte und Richter (§ 2 Absatz 1 Nummer 1) ist für alle Arten von Kuren nach § 8 eine vorherige Anerkennung erforderlich. Der Anerkennungsbescheid nach Satz 2 Nummer 2, 3 muss die Einrichtung oder den Heilkurort genau bezeichnen. Der Anerkennungsbescheid soll regelmäßig eine Geltungsdauer von höchstens sechs Monaten ab Bekanntgabe haben und soll die auf Grund der Anerkennung beihilfefähigen Aufwendungen bezeichnen.
4. Zu Absatz 6
Neben Aufwendungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 können auch Aufwendungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 9 beihilfefähig sein. Bezüglich Begleitpersonen ist VwV Nummer 5.2 zu § 7 anzuwenden.

Zu § 9 Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit

1. Zu Absatz 1
 - 1.1 Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer – voraussichtlich gemäß Absatz 2 auf Dauer erforderlichen – häuslichen, teilstationären und stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vergleiche VwV 2.2 und 2.3 zu § 9). Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben entsprechend § 6 Absatz 1 Nummer 7 und den VwV Nummern 4.1 a, 4.2 und 4.5 zu § 6 beihilfefähig.
 - 1.2 Hinsichtlich Abschlagszahlungen auf die Beihilfe siehe die VwV Nummer 6 zu § 17.
2. Zu Absatz 2
 - 2.1 Krankheiten oder Behinderungen sind solche des § 14 Absatz 2 SGB XI.
 - 2.2 Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
 - 2.3 Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
 - im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
 - 2.4 Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
 - 2.5 Die Beschäftigung und Betreuung zum Beispiel in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 9, siehe auch nachstehend VwV Nummer 6.4 zu § 9. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (zum Beispiel Fahrkosten). Absatz 5 bleibt unberührt.
3. Zu Absatz 3
 - 3.1 Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die
 - bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Absatz 1, § 72 SGB XI) oder
 - bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Absatz 2 SGB XI) oder
 - von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
 - mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Absatz 1 SGB XI geschlossen haben. Verträge mit Verwandten oder Schwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig, vergleiche § 77 Absatz 1 Satz 1 SGB XI.
 - 3.2 Die Höhe der beihilfefähigen Pflegeaufwendungen ist abhängig von der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen.
 - 3.2.1 Pflegestufe 1

Erheblich Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - 3.2.2 Pflegestufe 2

Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - 3.2.3 Pflegestufe 3

Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - 3.3 Nach § 89 SGB XI sind die Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen zu vereinbaren; eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig. Aufwendungen für Pflege sind nur angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vereinbarungen halten.
 - 3.4 Erfolgt die Pflege durch geeignete Pflegekräfte nicht für den gesamten Kalendermonat, so ist der Höchstbetrag nach Satz 1 nicht zu mindern.
 - 3.5 Bis zu den festgelegten Obergrenzen der beihilfefähigen Aufwendungen sind die Kosten einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung, einschließlich etwaiger täglicher Fahrten, beihilfefähig. Stellt die teilstationäre Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 Prozent des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.
4. Zu Absatz 4
 - 4.1 Die Pauschalbeihilfe darf nur einmal pro Pflegebedürftigen gewährt werden, auch bei Kombinationspflege. Die Zahl der Pflegepersonen ist für die Höhe der Pauschalbeihilfe nicht maßgeblich.

- 4.2 Wird eine geeignete Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen durch eine andere geeignete Person ersetzt, ändert dies an der Höhe der Pauschalbeihilfe nichts, es sei denn, dass nach der Vorschrift über Verhinderungspflege eine Beihilfe möglich ist. Wird vertretungsweise die Pflege durch eine Pflegekraft nach Absatz 3 ausgeübt, sind die Aufwendungen nach Maßgabe des Absatzes 3 beihilfefähig.
- 4.3 Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, wenn Anspruch auf Leistungen zur Pflege nach dem SGB XI ohne Anwendung des § 28 Absatz 2, oder soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 BVG besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26 c BVG berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Die Vorschriften über die Beihilfebemessungssätze (§ 14) finden auch auf die Pauschalbeihilfe Anwendung. Bei der Festsetzung der Beihilfe ist § 15 Absatz 2 Satz 4 zu beachten.
- 4.4 Für die geeigneten Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, die mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegen und nicht daneben mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind, sind nach Maßgabe des § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. Dies gilt nicht für Zeiträume, für die keine Pauschalbeihilfe zusteht. Die Beiträge sind nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 SGB VI von den Beihilfestellen entsprechend dem Versicherungsverhältnis anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus einer Information des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Durchführung der Rentenversicherung der Pflegepersonen durch die Beihilfestellen, die im GABl. 2005 S. 630 bekannt gemacht wurde.
- Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen auf Antrag der Pflegeperson durch die Pflegeversicherung. Die Beihilfestellen haben insoweit keine Meldepflicht.
- 4.5 Für Arbeitnehmer, die auf Grund von § 3 PflegeZG von der Arbeitsleistung zur Pflege einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person freigestellt sind, hat die Beihilfestelle auf Antrag Zuschüsse zu den Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherung nach Maßgabe des § 44a SGB XI zu gewähren.
5. Zu Absatz 6
- Für Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, wird Beihilfe für Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen entsprechend § 45b SGB XI gewährt. Die Höhe des Betrags, Grundbetrag von 100 Euro bis zum erhöhten Betrag von 200 Euro, legt die Pflegekasse fest. Der Betrag ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen einzusetzen, entsprechende Belege sind vorzulegen. Nicht verbrauchte Beträge werden vorgezogen, längstens bis zum Ende des folgenden Kalenderhalbjahres.
6. Zu Absatz 7
- 6.1 Die Vorschrift erfasst die Kosten für Pflege in Pflegeeinrichtungen (vollstationär als Kurzzeitpflege oder dauernde Pflege). Bezüglich der zugleich anfallenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung ist ausschließlich Absatz 9 maßgeblich.
- 6.2 In Fällen, in denen weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich ist, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf vollstationäre Kurzzeitpflege. Er wird für einen begrenzten Zeitraum in eine vollstationäre Einrichtung im Sinne der §§ 71 Absatz 2, 72 SGB XI aufgenommen und dort gepflegt. In Betracht kommt die Kurzzeitpflege
- für eine Übergangszeit nach einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung, wenn etwa für die häusliche Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegeperson die Pflege noch nicht sofort übernehmen kann, oder
 - für Zeiten der Krankheit, des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, die nicht mit Leistungen nach Absatz 3 bis 5 überbrückt werden können, oder in Krisenzeiten, zum Beispiel bei völligem Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.
- Bei festgestellter Pflegebedürftigkeit ist für eine Kurzzeitpflege bis zu 28 Tagen pro Kalenderjahr kein Nachweis der Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 erforderlich.
- 6.3 Die Kosten für dauernde vollstationäre Pflege mit Unterkunft und Verpflegung sollen insbesondere dann als notwendig angesehen werden, wenn nach ärztlichem Attest der zeitliche Umfang der Behandlungs- und Grundpflege wöchentlich über 38,5 Stunden hinausgeht und deshalb für eine häusliche Krankenpflege mehr als die Arbeitszeit einer Krankenpflegekraft benötigt würde.
- 6.4 Pflegeeinrichtungen im Sinne des Satzes 1 sind solche, die regelmäßig Pflegebedürftige zur Betreuung und Kurzzeitpflege vollstationär aufnehmen. Eine Einrichtung gilt grundsätzlich als geeignet, wenn die Pflegeversicherung Leistungen für vollstationäre Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erbringt.
- Beihilfe zu Pflegekosten nach Satz 2 darf nur gewährt werden bei Pflege in einer nach § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zugelassenen Einrichtung.
- 6.5 Werkstattgebühren sind sowohl bei getrennter Berechnung neben einem Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung als auch bei pauschaler Einbeziehung in einen einheitlichen Tagessatz nicht beihilfefähig (§ 78 Absatz 2 Nummer 2 LBG, § 5 Absatz 4 Nummer 9 BVO); denn sie sind entsprechend der Zielsetzung der Werkstätten – siehe §§ 102, 109 SGB III, §§ 39 – 41, 136, 144 SGB IX und die Werkstättenverordnung dazu – weder Kosten der Behandlung oder Pflege noch Kosten der Unterkunft und Verpflegung in einer Pflegeeinrichtung, sondern Aufwendungen im Sinne einer nicht beihilfefähigen sozialen oder be-

- rufflichen Rehabilitation. Auch die Versicherungsbeiträge für einen Beschäftigten in einer Werkstatt für Behinderte sind nicht beihilfefähig.
- 6.6 Nach § 84 Absatz 3, 4 SGB XI sind die Pflegesätze für alle Heimbewohner nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen, eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig. Bei vorübergehender Abwesenheit ist nur das gemäß § 87 a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI ermäßigte Entgelt berechnungsfähig. Aufwendungen für vollstationäre dauernde Pflege sind nur in diesem Rahmen beihilfefähig.
- 6.7 Vergütungszuschläge für Personen mit besonderem Betreuungsbedarf nach § 87 b SGB XI sind beihilfefähig. Die Vereinbarungen zwischen der jeweiligen Pflegeversicherung und der Pflegeeinrichtung gelten für die Höhe der beihilfefähigen Beträge entsprechend.
7. Zu Absatz 8
- 7.1 Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und die Stufe der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (gesetzliche Verpflichtung nach § 18 SGB XI). Diese Feststellung ist auch für die Beihilfestelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (zum Beispiel Kopie des Gutachtens, schriftliche Leistungszusage der Versicherung). Besteht keine Pflegeversicherung, ist ein medizinisches Gutachten (§ 18 Absatz 5) über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorzulegen.
- 7.2 Ist im Einzelfall eine vorgelegte Leistungszusage nicht ausreichend oder beantragt der Beihilfeberechtigte weitergehende Beihilfe nach Absatz 3 Satz 2 bis 4, ist vom Beihilfeberechtigten oder von der Beihilfestelle (mit Einwilligung des Pflegebedürftigen einschließlich Entbindung von der Schweigepflicht) bei der Pflegeversicherung eine Kopie des Gutachtens anzufordern. Ohne einen derartigen Nachweis ist eine Bearbeitung des Antrags nicht möglich (vergleiche § 22 LVwVfG). Sofern erforderlich, ist eine ergänzende ärztliche oder gutachtliche Stellungnahme anzufordern. Bei fortbestehenden Unklarheiten ist nach § 18 Absatz 5 zu verfahren.
- 7.3 Die Antragsfrist nach Satz 4 gilt nur für den Beginn der Beihilfe wegen Pflegebedürftigkeit und für den Wechsel in eine höhere Pflegestufe, sie gilt nicht für den Wechsel zwischen verschiedenen Formen der Pflege nach Absatz 3 bis 7.
- 7.4 Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfeschcheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist der Widerspruch gegebenenfalls als unbegründet zurückzuweisen.
- 7.5 Für Klagen in Angelegenheiten nach dem SGB XI (zum Beispiel Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einer Pflegestufe) sind die Sozialgerichte zuständig (§ 51 Absatz 2 SGG).
8. Zu Absatz 9
- 8.1 Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in anderen als in Absatz 7 Satz 2 genannten Einrichtungen sind nach Absatz 9 nicht beihilfefähig. Demnach gehören Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Kinderheimen, Erziehungsinstituten, Ganztageschulen, Tagesheimen, Tagespflegeheimen, Altenheimen, Altenwohnheimen oder Wohnheimen für Behinderte zu den nicht beihilfefähigen Kosten der täglichen Lebenshaltung oder zu den gleichfalls nicht beihilfefähigen Maßnahmen der beruflichen oder sozialen Rehabilitation.
- 8.2 Bei vorübergehender Abwesenheit ist nur das gemäß § 87 a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI ermäßigte Entgelt berechnungsfähig. Aufwendungen über die danach berechnungsfähige Anzahl von Tagen hinaus sind nicht beihilfefähig.
- 8.3 Bruttobezüge sind die in § 1 Absatz 2 LBesGBW und § 17 LBeamtVGBW genannten Bezüge. Unfallausgleich nach § 50 LBeamtVGBW, Unfallentschädigung nach § 59 LBeamtVGBW und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt. Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehrerer Versorgungsbezüge oder den in Satz 1 Nummer 2 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- oder Versorgungsbezüge zugrunde zu legen. Dem Betrag der Dienst- oder Versorgungsbezüge ist der Zahlbetrag der Renten hinzuzurechnen. Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Rentenbetrag, der sich ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse und der Versicherungsbeiträge ergibt.
9. Zu Absatz 10
- 9.1 Anstelle einer ärztlichen Verordnung genügt auch die Empfehlung des medizinischen Dienstes der Kranken- beziehungsweise Pflegekasse oder der Nachweis der anteiligen Pflegekassenleistung.
- 9.2 Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, die nicht bereits nach Anlage 2 beihilfefähig sind, darf bei ambulanter Pflege von den Pflegekassen ein Betrag bis zu 31 Euro (§ 40 Absatz 2 SGB XI) monatlich aufgewendet werden; bei der Beihilfe soll entsprechend verfahren werden.
10. Zu Absatz 11
- Die Beihilfestellen können subsidiär Beihilfe zu Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (zum Beispiel Treppenlift) des Pflegebedürftigen im Rahmen der nachstehenden Sätze gewähren, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Voraussetzung ist, dass die private oder soziale Pflegeversicherung anteilige Zuschüsse für die Maß-

nahme gezahlt hat. Beihilfefähig ist der Betrag, aus dem die Pflegeversicherung ihren anteiligen Zuschuss berechnet hat.

Zu § 10 Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge

Zu Absatz 1 bis 3

Zur Abgrenzung der beihilfefähigen Aufwendungen finden die diesbezüglichen Regelungen der gesetzlichen Krankenkassen (§ 23 Absatz 1, §§ 25, 26 SGB V) ergänzend Anwendung.

Zu § 10a Sonstige Aufwendungen

1. Zu Nummer 1
Hinsichtlich der Voraussetzungen und des Umfangs der sozialmedizinischen Nachsorge gilt ergänzend § 43 Absatz 2 SGB V.
2. Zu Nummer 2
Bezüglich der Aufwendungen für ambulante Sozialtherapie sind die VwV des BMI zu § 30 BBhV, gegebenenfalls ergänzend die Vorschriften für gesetzlich Krankenversicherte, anzuwenden.
3. Zu Nummer 3
- 3.1 Der Antragsteller hat glaubhaft darzulegen, in welchem zeitlichen Umfang (Stundenzahl) die Familien- und Haushaltshilfe zur Betreuung des Pflegebedürftigen oder der Kinder zur verantwortlichen Führung des Haushalts täglich benötigt wird. Falls mehr als fünf Tage pro Kalenderwoche geltend gemacht werden, ist dies eingehend zu begründen. Verbleiben volljährige Personen im Haushalt, so ist anzugeben, warum diesen eine Führung des Haushalts, gegebenenfalls zumindest an arbeitsfreien Tagen, nicht möglich ist. Die Aufwendungen gelten entsprechend § 14 Absatz 2 Nummer 1 als Aufwendungen des jüngsten im Haushalt verbleibenden Kindes.
- 3.2 Die Voraussetzungen der Vorschrift sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt führende Person nur als medizinisch nicht notwendige Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen oder außerhalb untergebracht wird. Abweichend hiervon wird nach § 5 Absatz 6 hiermit allgemein zugestimmt (vergleiche VwV Nummer 7 zu § 5 Absatz 6), dass Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe berücksichtigt werden, wenn die den Haushalt führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes außerhalb des Krankenhauses die Voraussetzungen der VwV Nummer 1.3 letzter Satz zu § 6 a oder der VwV Nummer 5.2 Satz 2 zu § 7 erfüllt.
- 3.3 Für die ersten sieben Tage nach einem Krankenhausaufenthalt kann auf eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung verzichtet werden, wenn sich aus der Diagnose eine schwere Erkrankung ergibt. An die für eine Verlängerung über sieben Tage hinaus nach Satz 3 erforderliche ärztliche Begründung sind dann strenge Anforderungen zu stellen, wenn sich aus dem Krankheitsbild oder anderen Umständen nicht ohne weiteres die Notwendigkeit erkennen lässt.

3.4 Satz 5 gilt für Fälle mit vorangegangenem Krankenhausaufenthalt im Anschluss an die Beihilfe nach Satz 3. In Fällen ohne vorangegangenen stationären Aufenthalt kann Beihilfe für die ersten vier Wochen der Bettlägerigkeit beziehungsweise krankheitsbedingten Unfähigkeit zur Haushaltsführung gemäß Satz 5 nicht gewährt werden; in dieser Karenzzeit müssen sich die Betroffenen anderweitig behelfen oder etwaige Kosten selbst tragen. VwV Nummer 3.3 Satz 2 zu § 10a gilt entsprechend. Die Selbstzahler-Karenzzeit soll für dieselbe Erkrankung auch bei mehreren Krankenhausaufenthalten nur einmal zum Tragen kommen.

4. Zu Nummer 4

4.1 Aufwendungen für Fahr- und Transportkosten sind nur für die Strecke von der Stelle, an der sich die erkrankte Person bei Antritt der Fahrt gerade aufhält, bis zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit notwendig und beihilfefähig.

4.2 Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon wird nach § 5 Absatz 6 hiermit allgemein zugestimmt (vergleiche VwV Nummer 7 zu § 5 Absatz 6), dass Aufwendungen für regelmäßige Fahrten (mindestens jeden dritten Tag) eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus oder einer Einrichtung nach § 7 aufgenommenen Kindes berücksichtigt werden, wenn nach begründetem fachärztlichen Attest häufige Besuche in kurzen Abständen wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie (über fünf Wochen) erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig sind. Wird im Fall des Satzes 2 ein privater Personenkraftwagen benutzt, so sind nur die Kraftstoffkosten bis zu 0,12 Euro pro km als krankheitsbedingte Kosten anzusetzen; im Übrigen ist § 10a Nummer 4 Satz 1 und 3 Buchstabe a und c sinngemäß anzuwenden. Bei notwendigen Besuchsfahrten zu erwachsenen Langzeitkranken kann in ärztlich begründeten besonderen Ausnahmefällen eine finanzielle Unterstützung nach den Sätzen 2 und 3 dieser VwV in Betracht kommen.

5. Zu Nummer 7

Die Aufwendungen für die Registrierung sind beihilfefähig.

Zu § 11 Beihilfe bei Geburtsfällen

1. Zu Absatz 1

1.1 Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt.

1.2 Die Aufwendungen für ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik sind beihilfefähig. Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers nach der Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Gebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.

2. Zu Absatz 2
- Für die Beihilfe nach dieser Vorschrift ist ein Nachweis durch Belege nicht erforderlich (§ 17 Absatz 3 Satz 1). Die Geburtsfallpauschale darf nicht gewährt werden, wenn im Zeitpunkt der Geburt (beziehungsweise der Annahme als Kind) keine Beihilfeberechtigung bestand oder die Mutter nicht berücksichtigungsfähige Angehörige war (§ 5 Absatz 2 in Verbindung mit §§ 2, 3). Der letzte Satz der Vorschrift ergänzt die Vorschriften des § 4 für dort nicht bereits generell geregelte Fälle einer Anspruchskonkurrenz.

Zu § 12 Beihilfefähige Aufwendungen bei Todesfällen

1. Zu Absatz 2
- Das Sterbegeld nach § 32 LBeamtVGBW vermindert die Beihilfe nach § 12.
2. Zu Absatz 3
- Die Frist kann nur bei Vorliegen besonderer Umstände über sechs Monate hinaus verlängert werden bis zur Höchstdauer von einem Jahr, wenn zum Beispiel auch andere Angehörige den Haushalt nicht weiterführen können und dem Haushalt (neben der berufstätigen beihilfeberechtigten Person) mindestens ein Kind unter zwölf Jahren angehört. Der Zeitraum kann auch dann voll ausgeschöpft werden, wenn die Beschäftigung nicht unmittelbar nach dem Todestag beginnt.

Zu § 13 Beihilfefähige außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

1. Zu Absatz 1 bis 3
- 1.1 Mit Inkrafttreten des Vertrages von Lissabon am 1. Dezember 2009 wurde die Europäische Union (EU) die Rechtsnachfolgerin der Europäischen Gemeinschaft (EG).
- 1.2 Rechnungsbeträge in anderer Währung sind mit dem Wechselkurs in Euro umzurechnen, der nachweislich von einer Bank oder ähnlichen Stelle in zeitlichem Zusammenhang mit der Rechnungsstellung oder Bezahlung der geltend gemachten Aufwendungen zugrunde gelegt wurde. Solange ein solcher Nachweis fehlt, kann der bei Berechnung der Beihilfe aktuelle in der Presse veröffentlichte niedrigste Devisen-Wechselkurs (das heißt Geldkurs) zugrunde gelegt werden.
- 1.3 Eine Übersetzung des Belegs ist beim Beihilfeberechtigten anzufordern, wenn sonst eine Beschreibung des Krankheitsbilds (Diagnose) und die ungefähr erbrachten Leistungen nicht hinreichend erkennbar sind.
- 1.4 Der Beleg soll den im Inland geltenden Anforderungen weitgehend entsprechen, insbesondere bezüglich der Diagnose und der erbrachten einzelnen Leistungen.

- 1.5 Soweit in den Absätzen 1 bis 3 auf einen Kostenvergleich mit den Inlandskosten verzichtet wird oder keine Beschränkung auf die Höhe der Inlandskosten erfolgt, entfällt damit lediglich die Ermittlung der Vergleichspreise im Inland; alle anderen Beschränkungen wie Höchstbeträge, Ausschlüsse und dergleichen sind damit nicht suspendiert.

2. Zu Absatz 1
- 2.1 Entsprechend dem Zweck der Beihilfe, ergänzende finanzielle Hilfen für Aufwendungen in Krankheitsfällen zu gewähren, soweit der Beamte derartige Aufwendungen nicht durch eine zumutbare Eigenvorsorge absichern kann, wird Beihilfe nicht über den Umfang hinaus gewährt, wie sie im Inland erforderlich geworden wäre. Das im Ausland gegebenenfalls erhöhte Kostenrisiko ist nicht vom Dienstherrn zu tragen, wenn sich die beihilfeberechtigte Person ohne dienstlichen Grund im Ausland aufhält; zur Deckung dieses Risikos gibt es spezielle private Versicherungstarife.
- 2.2 Für die Strecke von der Aufenthaltsstelle des Erkrankten bis zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit im EU-Ausland und in der Schweiz sind Fahr- und Transportkosten nach § 10 a Nummer 4 beihilfefähig.
- 2.3 Die Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach begründeter Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist.
3. Zu Absatz 2
- 3.1 Ist das Aufsuchen eines Akut-Krankenhauses notwendig, so findet die Einschränkung auf die Inlandskosten keine Anwendung, wenn das nächstgelegene, für die Krankheit geeignete Krankenhaus aufgesucht wird. Dies gilt auch für Fälle einer Verlegung von einem inländischen Allgemeinkrankenhaus in die nächstgeeignete Spezialklinik (zum Beispiel nach Basel anstelle von Freiburg), wenn der Chefarzt des inländischen Krankenhauses die Notwendigkeit der Verlegung aus akutem Anlass bestätigt.
- 3.2 Befindet sich ein Heimdialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen im Ausland, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.
4. Zu Absatz 3
- Ist eine Kur in einem ausländischen Ort innerhalb der EU geplant, der nicht im Verzeichnis der EU-Kurorte enthalten ist, so hat der Antragsteller Unterlagen dafür beizubringen, dass der Ort und die Behandlungseinrichtungen qualitativ einem inländischen Heilkurort entsprechen. Die Beihilfestelle prüft die Unterlagen, bei Bedarf auch unter Einschaltung des Europäischen Heilbäderverbandes, und beteiligt das Ministerium für Finanzen und Wirtschaft.

Zu § 14 Bemessung der Beihilfe

1. Zu Absatz 1

In Fällen einer Anrechnung nach § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Satz 2 der VwV 2.2 zu § 4 Absatz 2 darf die gewährte Beihilfe insgesamt den Betrag nicht übersteigen, der sich bei Anwendung des maßgebenden Bemessungssatzes gemäß § 14 Absatz 1 ergeben würde.
 2. Zu Absatz 3
 - 2.1 Die Bestimmung greift bereits für seit 1. Januar 1987 abgeschlossene Versicherungen regelmäßig nicht mehr, da seither die privaten Krankenversicherungen alle Beamten und Angehörigen innerhalb bestimmter Fristen aufnehmen, auch wenn sie Risiken mitbringen. Versicherungen mit einem Risikoausschluss gelten deshalb grundsätzlich nicht mehr als ausreichende Versicherung. Ab 1. Januar 2009 ist der Beihilfeanspruch gemäß § 1 Absatz 5 von einem ausreichenden Versicherungsschutz abhängig; seit 1. April 2007 abgeschlossene Versicherungen mit Risikoausschluss genügen nicht den Anforderungen des § 193 Absatz 3 VVG.
 - 2.2 Der Ausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; er ist nur dann zu berücksichtigen, wenn er nachweislich nicht durch einen Risikozuschlag hätte abgewendet werden können. Ein individueller Ausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn die Krankenversicherung in ihrem Tarif für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsieht oder wenn die Versicherungsbedingungen Tatbestände (zum Beispiel Suchtkrankheiten, Aufwendungen, für die anderweitige Ansprüche insbesondere nach BVG bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur bezüglich einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen oder für die wegen Verzug bei den Beitragszahlungen keine Leistungen gewährt werden.
 - 2.3 Regelleistungen sind auf Dauer eingestellt, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit aus einer ausreichenden Versicherung nach den Versicherungsbedingungen für immer ganz eingestellt wurden, im Ergebnis insoweit ein nachträglicher Versicherungsausschluss eintritt. Regelleistungen sind aber nicht eingestellt, wenn sie nur zeitweilig entfallen, weil zum Beispiel ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem bestimmten Zeitraum überschritten ist oder wenn nach beginnender Pflegebedürftigkeit Leistungen aus der Krankenversicherung eingestellt werden.
 3. Zu Absatz 4
 - 3.1 Der 100-Prozent-Bemessungssatz wird nur für solche Aufwendungen gewährt, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung eine Geldleistung gewährt hat. Diese Geldleistung muss gemäß § 5 Absatz 3 Satz 1 abgezogen worden sein und darf das in der gesetzli-
- chen Krankenversicherung übliche Maß nicht unterschreiten (zum Beispiel Wert einer an sich zustehenden Sachleistung; im Übrigen eventuell unter Abzug von gesetzlich vorgesehenen Kostenanteilen oder eines Mengenrabatts). Dabei sind Aufwendungen für Krankenhausleistungen einschließlich belegärztlicher oder (wenn der Beihilfebeitrag nach § 6a Absatz 2 geleistet wird) Wahlleistungen als Einheit anzusehen; Gleiches gilt für Aufwendungen, die nach § 7 Absatz 7 oder § 8 Absatz 6 (jeweils ausgenommen Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe und für Fahrkosten) beihilfefähig sind. Im Übrigen ist regelmäßig – allerdings für jeden Beleg getrennt – davon auszugehen, dass die Kasse auf die gesamte Rechnung erstattet hat, sofern nicht deutlich ersichtlich ist, dass die Kasse bestimmte selbständige Rechnungspositionen (zum Beispiel eines von mehreren auf demselben Rezept verordneten Arzneimitteln) unberücksichtigt gelassen hat.
- 3.2 Im Fall des § 14 SGB V steht die Erhöhung auf 100 Prozent nicht zu.
 - 3.3 Sind die Voraussetzungen des Absatzes 4 nicht sämtlich erfüllt, so richtet sich der Bemessungssatz nach Absatz 1.
 4. Zu Absatz 6
 - 4.1 Ein besonderer Härtefall setzt voraus, dass besonders hohe Krankheitskosten entstanden sind, die der Beihilfeberechtigte trotz der Regelbeihilfe und Leistungen aus einer zumutbaren Versicherung nach der wirtschaftlichen Lage seiner Familie nicht aus dem Familieneinkommen zu bestreiten vermag, ohne den Lebensunterhalt für sich und seine Familie zu gefährden. Auch Vermögen soll berücksichtigt werden, soweit es den Wert eines angemessenen Hausgrundstücks übersteigt. Die wirtschaftliche Lage des Beihilfeberechtigten und seiner nach § 3 berücksichtigungsfähigen Angehörigen soll mittels eines Vordrucks erhoben werden. Es sind alle zu Gebote stehenden Entlastungsmöglichkeiten in Bezug auf den ungedeckten Teil der Krankheitskosten zu berücksichtigen, zum Beispiel auch mögliche Steuererleichterungen. Eine Erhöhung kommt nicht schon deshalb in Betracht, weil Sozialhilfe gewährt wird. Bei Versicherung in der privaten Krankenversicherung ist weitere Voraussetzung, dass der Versicherungsschutz die Bedingungen des § 257 Absatz 2a SGB V erfüllt.
 - 4.2 Bei hoher Belastung mit Aufwendungen für vorübergehende häusliche Krankenpflege oder für (dauernde) Pflege kann ein besonderer Härtefall vorliegen, wenn die nicht durch Beihilfe und andere Leistungen gedeckten Aufwendungen so hoch sind, dass sie auf absehbare Dauer für die Familie nicht tragbar sind. VwV Nummer 4.1 zu § 14 ist anzuwenden. Entsprechendes gilt für Unterkunfts- und Verpflegungsaufwendungen, auf die § 9 Absatz 9 anzuwenden ist. Die finanziellen Verhältnisse sind zeitnah (jährlich) zu prüfen, damit wesentliche Veränderungen (zum Beispiel Erbschaft) rechtzeitig berücksichtigt werden können.

Bei Aufwendungen, auf die § 9 Absatz 9 Nummer 2 anzuwenden ist, bleiben bei der Gegenüberstellung von Einnahmen und finanziellem Bedarf für notwendige Ausgaben bei den Einnahmen entweder ein Betrag von 120 Euro monatlich (pro Person bei gleichzeitiger Unterbringung des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen) für persönliche Bedürfnisse und die Aufwendungen für eine angemessene Kranken- und Pflegeversicherung, oder 15 Prozent der Einnahmen außer Ansatz. Vermögen ist hierbei bereits zu berücksichtigen, soweit es den Jahresbetrag der jeweiligen Mindestversorgungsbezüge übersteigt. Da Beihilfe erst bezüglich der krankheitsbedingten Mehrbelastung zu gewähren ist, muss bei finanziell schlechter gestellten Personen mindestens von fiktiven Gesamteinnahmen in Höhe des Jahresbetrags der jeweiligen verdoppelten monatlichen Sozialhilferegelsätze ausgegangen werden.

- 4.3 Für Empfänger von Versorgungsbezügen (Absatz 1 Satz 2 Nummer 2) kann ausnahmsweise eine Erhöhung des Bemessungssatzes auch wegen hoher Beitragsbelastung bei einem geringen Familieneinkommen bewilligt werden. Hierfür ist folgender Maßstab zu Grunde zu legen:

Der erforderliche eigene Beitragsaufwand für die beihilfekonforme private Krankenversicherung und der Beitragsaufwand für die privat- oder pflichtversicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen muss 15 Prozent des Familieneinkommens übersteigen.

Maßgebendes Familieneinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich einmaliger Zahlungen, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen (zum Beispiel Wohngeld) des Versorgungsempfängers und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG und Blindengeld. VwV 4.1 und 4.2 Satz 7 gelten entsprechend.

Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Versicherungsbeiträge (abzüglich etwaiger Beitragszuschüsse und dergleichen) zum Zeitpunkt der Stellung des Antrags auf Erhöhung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung.

Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um 10 Prozent, ausgenommen für Aufwendungen nach § 9. Die Erhöhung gilt für den Versorgungsempfänger und erfolgt auf Dauer. Sie kann auch für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten bewilligt werden, wenn die Erhöhung für den Versorgungsempfänger allein nicht ausreicht, um den Beitragsaufwand unter 15 Prozent des Familieneinkommens zu senken.

Die Erhöhung gilt nur für künftige Aufwendungen, die frühestens ab dem zweiten auf die Stellung des Antrags folgenden Kalendermonat entstehen, im Hinblick auf § 15 Absatz 2, 3 aber nicht vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Krankenversicherungsschutzes. Nach jeweils drei Jahren oder aus besonderem Anlass ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen weiterhin vorliegen.

- 4.4 Eine Erhöhung kann, auch im Vergleich zu der Regelung des § 14 Absatz 3, grundsätzlich nicht um mehr als 20 Prozent erfolgen, jedoch soll der Bemessungssatz auch in ganz außergewöhnlichen Fällen 90 Prozent nicht übersteigen. Ist eine Notlage von der betroffenen Person mitverschuldet, zum Beispiel mangels zumutbarer Eigenvorsorge oder bei Verarmung infolge Schenkung an andere (§ 528 BGB), soll dies berücksichtigt werden.

Zu § 15 Begrenzung der Beihilfe

1. Zu Absatz 1
 - 1.1 Als Kalenderjahr der Ausstellung des Belegs über die Aufwendungen kann bei Rezepten, die zugleich Rechnungsbeleg sind (Arznei- und Verbandmittelrezepte) auf das Kalenderjahr abgestellt werden, in dem die Aufwendungen angefallen sind. In dem Beihilfeschied ist das Kalenderjahr zu bezeichnen, für das die Beihilfe um die Kostendämpfungspauschale gekürzt wurde.
 - 1.2 Sind nach dem Tod eines Beihilfeberechtigten für ihn oder seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen noch Aufwendungen, die bis zum Ablauf des Sterbemonats entstanden sind, in Rechnung gestellt, die eine Kostendämpfungspauschale auslösen würden, so wird auf die Kürzung aus dem Beihilfeanspruch des Verstorbenen verzichtet.
2. Zu Absatz 2
 - 2.1 Für die Begrenzung der Beihilfe sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus Krankenversicherungen und so weiter gegenüberzustellen.
 - 2.2 Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den §§ 6 bis 13 und der Anlage näher bezeichneten Aufwendungen, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird, auch soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (zum Beispiel Kosten eines teureren Brillengestells, Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, den Höchstsatz der Gebührenordnung übersteigende Arzthonorare). Hierzu gehören jedoch nicht Aufwendungen für nicht verordnete Medikamente oder Hilfsmittel, für nicht beihilfefähige Mittel nach § 6 Absatz 1 Nummer 2, sowie für ganz von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene Aufwendungen. Kostenanteile nach § 5 Absatz 4 Nummer 1 und 2 gehören nicht zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, wenn für die dem Kostenanteil zu Grunde liegenden Aufwendungen keine Beihilfe gewährt wird.
 - 2.3 Folgende Leistungen sind nach § 15 zu berücksichtigen:
 - a) dieselben Geldleistungen, die nach § 5 Absatz 3 Satz 1 (nicht: Sätze 2 und 3) zu berücksichtigen sind,
 - b) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung sowie solche nach § 35 Absatz 1 BVG, § 44 SGB VII, § 49

- LBeamtVGBW. Dies gilt nicht für Leistungen nach §§ 64, 65, 72 SGB XII.
- c) Leistungen aus privaten Kranken- und Pflegeversicherungen (ausgenommen Tagesgeldversicherungen und sonstige nicht aufwandsbezogene Summen- beziehungsweise Kapitalversicherungen),
- d) wegen einer Beitragsrückerstattung nicht in Anspruch genommene Leistungen aus Verträgen nach c (gemäß Absatz 3 Sätze 2, 4).
3. Zu Absatz 3
- 3.1 Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag – etwa für die einzelne Position – die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. Vielmehr ist die Summe aller im Antrag geltend gemachten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen der Summe der insgesamt hierzu gewährten Leistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.
- 3.2 Wenn alle Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrags nach einem Prozentsatz bemessen sind, ist dies beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheins oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung zu belegen. Auch Versicherungsverträge, die einen vollständigen (100 Prozent) Ersatz als vertragliche Leistung zusagen, sind in diesem Sinne Versicherungsverträge nach einem Prozentsatz. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind jeweils bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen (§ 1 Absatz 5). Abweichende geringere Erstattungen, die im Einzelfall nachgewiesen werden, sind zu berücksichtigen.
- 3.3 Übersteigt der Betrag der nach § 14 errechneten, um die Kostendämpfungspauschale gekürzten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus Krankenversicherungen und Ähnlichem den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, so ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.
4. Zu Absatz 4
- Der Wortlaut des Satzes 1 der Vorschrift lässt die Gewährung eines Zweibettzimmertagegeldes nur zu, wenn für den Patienten die Wahlleistung Unterkunft (Zweibettzimmer) nach § 6a Absatz 2 beihilfefähig gewesen wäre, also wenn der monatliche Beihilfebeitrag geleistet wird. Tagesgeld steht nicht zu, wenn das Krankenhaus bessere Unterbringung (weder Ein- noch Zweibettzimmer) in der betreffenden Abteilung oder bei Unterbringung von Kindern nicht als Wahlleistung anbietet. Sind Zweibettzimmer Regelleistung und werden als Wahlleistung Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, steht kein Tagesgeld bei Nichtinanspruchnahme zu. Tagesgeld steht auch zu, wenn die Wahlleistung Unterkunft zwar in Anspruch genommen, die Aufwendungen aber nicht bei der Beihilfe geltend gemacht werden, zum Beispiel weil sie durch eine Zusatzversicherung gedeckt sind. In Fällen der VwV Nummer 1.2 zu § 6a steht kein Zweibettzimmertagegeld zu. Satz 1, 2 und 4 gilt entsprechend für das Wahlarzttaggeld nach Satz 2 der Vorschrift.
5. Zu Absatz 5
- 5.1 Von der Möglichkeit des Abschlusses von Verträgen über Beihilfeangelegenheiten durch die Beihilfestelle soll regelmäßig wegen des fehlenden medizinisch ausgebildeten Personals abgesehen werden.
- 5.2 Darüber hinaus kann im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenversorgung die Notwendigkeit und Angemessenheit im Sinne von § 5 Absatz 1 von Leistungen, die regelmäßig beihilfefähige Aufwendungen nach sich ziehen, unter bestimmten Bedingungen auch auf der Basis der von Krankenversicherungsunternehmen in Verträgen und sonstigen Vereinbarungen mit Leistungserbringern vereinbarten Preisen und Pauschalen beurteilt werden. Voraussetzung dafür, dass solche vereinbarten Leistungsgrundsätze der Beihilfefestsetzung zugrunde gelegt werden, ist, dass
- der Beihilfestelle vor erstmaliger Abrechnung eines Beihilfeberechtigten der Vertrag beziehungsweise die sonstige Vereinbarung von den Vertragspartnern, den Krankenversicherungsunternehmen oder den Leistungserbringern, zur Prüfung zugeleitet wird,
 - die Preise und Pauschalen ausschließlich krankheitsbezogene Standardbehandlungen abdecken,
 - gegenüber der Beihilfestelle nachvollziehbar eine wirtschaftlichere Krankenversorgung dargelegt und begründet wird,
 - die Beurteilung der Frage der Wirtschaftlichkeit auf dem reinen Kostenvergleich mit der normalen Abrechnung beruht, also reine Qualitätssicherungsmaßnahmen oder zusätzliche Annehmlichkeiten, beispielsweise im Bereich der Wahlleistungen, unberücksichtigt bleiben,
 - auf der Leistungsabrechnung deutlich sichtbar Bezug auf den Vertrag oder die Vereinbarung genommen wird,
 - Änderungen rechtzeitig vor Inkrafttreten der Beihilfestelle unter erneutem Nachweis der Wirtschaftlichkeit angezeigt werden.
- Ein Rechtsanspruch auf Anerkennung eines Vertrages oder einer Vereinbarung besteht nicht.
- 5.3 Beihilfeberechtigte erhalten im Vorfeld einer geplanten Behandlungsmaßnahme Auskunft über die Frage, ob für die im Einzelfall konkret in Betracht kommende Behandlung eine Vereinbarung im Sinne dieser Vorschrift anerkannt wird (vergleiche Schlussvorschriften Nummer 1).
- Zu § 17 Verfahren**
1. Zu Absatz 1
- 1.1 Im Bereich der Landesverwaltung ist, soweit das Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg zuständig ist, das Formblatt LBV 301 zu verwenden (Papierform oder im Internet zur Verfügung gestellte inhaltsgleiche Form). Dies gilt auch bei Beihilfeanträgen, die vom Landesamt im Auftrag einer anderen Stelle bearbeitet werden.

- 1.2 Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, so kann er nur auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII einen Beihilfeanspruch geltend machen. Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er dem Beihilfeberechtigten selbst zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. Eine Überleitung nach § 93 SGB XII ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten selbst, oder für Hilfe nach den §§ 47 bis 74 SGB XII für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist die Überleitung eines Beihilfeanspruchs nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Beihilfestelle Widerspruch einzulegen und gegebenenfalls Anfechtungsklage zu erheben.
- 1.3 Liegt keine rechtswirksame Überleitung des Beihilfeanspruchs vor, sondern nimmt der Sozialhilfeträger den Beihilfeberechtigten nach § 19 Absatz 5 SGB XII für vorstehend in Satz 3 der VwV Nummer 1.2 zu § 17 genannte Angehörige im Wege des Aufwendersatzes (§§ 19 Absatz 4, 88 SGB XII) in Anspruch, so kann nur der Beihilfeberechtigte selbst einen Beihilfeanspruch geltend machen. Auf Wunsch des Beihilfeberechtigten kann die Beihilfe unmittelbar an den Sozialhilfeträger überwiesen werden. Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (§ 1 Absatz 3).
- 1.4 Hat der Sozialhilfeträger Leistungen für eine berücksichtigungsfähige Person, die selbst nach § 19 SGB XII Hilfesuchender ist (volljähriges unverheiratetes Kind; verheiratetes Kind, Pflege- oder Stiefkind; getrennt lebender Ehegatte) vorläufig übernommen, kann der Beihilfeanspruch nur vom Beihilfeberechtigten selbst geltend gemacht werden. Die Inanspruchnahme des Beihilfeberechtigten ist nachzuweisen, hierzu reicht es aus, wenn der Sozialhilfeträger dem Beihilfeberechtigten die Belege über seine Aufwendungen zur Beihilfebeantragung übergibt. Die Sätze 2 und 3 der VwV Nummer 1.3 zu § 17 gelten entsprechend.
2. Zu Absatz 2
- Satz 3 der Vorschrift schließt aus, dass Beihilfeanträge, mit denen die Antragsvoraussetzungen nicht erfüllt sind, ohne Abzug von 16 Euro abgerechnet werden.
3. Zu Absatz 3
- 3.1 Die Aufwendungen sind grundsätzlich durch Duplikate (Durchschriften, Zweitausfertigungen) der Rechnung nachzuweisen, die vom Rechnungsaussteller gefertigt wurden. Bei Arzneimittelbelegen sollen von der Apotheke gefertigte Kopien, die mit dem Apothekenstempel versehen sind, vorgelegt werden. Im Übrigen werden Kopien beziehungsweise elektronisch übermittelte Belege berücksichtigt, wenn sie vollständig und originalgetreu sind. Originalbelege sollen nicht vorgelegt werden, es sei denn, dass Originalbelege ausdrücklich vorgeschrieben sind oder die Beihilfestelle ausdrücklich Originalbelege verlangt. Die Beihilfestelle kann in Zweifelsfällen ausnahmsweise auch Zahlungsnachweise (Quittungen) verlangen. Ein Beleg liegt auch bei übergeleiteten Ansprüchen nur vor, wenn er vom Erbringer der Leistungen oder der von ihm beauftragten Abrechnungsstelle erstellt worden ist.
- 3.2 Die Berechnung der Beihilfe muss aus dem Bescheid und den Anlagen ersichtlich sein; es wird empfohlen, den Bescheid nach dem Muster des Landesamts für Besoldung und Versorgung zu fertigen. Wenn die beihilfefähigen Aufwendungen von dem geltend gemachten Rechnungsbetrag abweichen, sind die Abweichungen im Beihilfebescheid selbst einschließlich etwaiger Anlagen mindestens stichwortartig zu begründen.
4. Zu Absatz 4
- Nachweise über bestehende beihilferelevante Ansprüche, insbesondere aus Kranken- und Pflegeversicherungen, sind unerlässlich für die Bearbeitung der Beihilfeanträge (§ 1 Absatz 5). Die Beihilfestelle sichert die Beihilfestammdaten in einer Beihilfestammdatei und prüft die Anträge jeweils auch insoweit.
5. Zu Absatz 6
- 5.1 Eine Überweisung auf ein anderes als das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten ist nur ausnahmsweise bei Vorliegen eines zwingenden Grundes zulässig.
- 5.2 Zu Ansprüchen, die im Erbfall vom Rechtsnachfolger geltend gemacht werden, erfolgt die Auszahlung der Beihilfe auf ein anderes Konto als das Bezügekonto des Erblassers mit Ausnahme der Auszahlung von Beihilfe an die hinterbliebene Ehegattin oder den hinterbliebenen Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner, die leiblichen Kinder und die Adoptivkinder, die Eltern, die Großeltern, die volljährigen Geschwister und Enkelkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten nur nach Vorlage eines Erbscheins.
6. Zu Absatz 7
- In den Fällen des § 9 Absatz 4 bis 7 sollen von Amts wegen Abschläge auf die Beihilfe bewilligt werden. Die Abschläge sind monatlich oder vierteljährlich, jeweils zur Mitte des Zeitraums, für den sie bestimmt sind, zu leisten. Nach jeweils sechs Monaten ist die Beihilfe auf Grund von Nachweisen der Pflegeaufwendungen unter Berücksichtigung von Unterbrechungszeiten (§ 9 Absatz 4 Satz 3), die der Beihilfeberechtigte zur endgültigen Abrechnung anzuzeigen hat, festzusetzen. Auf Antrag sollen laufend Abschläge auf Beihilfe auch zu Aufwendungen nach § 9 Absatz 3 oder 9 gewährt werden, mindestens in Höhe der in den Fällen des § 9 Absatz 4 möglichen Beihilfe.
- Wenn nachweislich Aufwendungen laufend zu leisten sind, die die Grenzbeträge des § 5 Absatz 6 Satz 4 übersteigen, und deren Beihilfefähigkeit grundsätzlich nicht in Frage steht, können auch in anderen Fällen auf Antrag Abschlagszahlungen geleistet werden (beispielsweise bei Verordnung teurer Arzneimittel). Bei einmaligen Aufwendungen kommen Abschlagszahlungen regelmäßig nicht in Betracht.

7. Zu Absatz 8

Die Verwendung der Belege für Beihilfzwecke soll, wenn die Vorlage von Originalbelegen vorgeschrieben oder verlangt ist und diese zurückgegeben werden, in der Weise kenntlich gemacht werden, dass auch bei mehreren Beihilfeberechtigungen andere Verwaltungen die Verwendung erkennen können.

Zu § 18 Datenschutz

1. Zu Absatz 2

Auf die besonderen Vorschriften des Landesbeamtengesetzes über Beihilfedaten und Beihilfeakten, insbesondere §§ 84 Absatz 2, 85 Absatz 1 Nummer 7, Absatz 2 und 3, § 86 Absatz 5 und 6 sowie § 88 Absatz 1 Satz 3 und 4 wird hingewiesen.

2. Zu Absatz 5

2.1 Wenn ein medizinisches Gutachten ausdrücklich vorgeschrieben ist oder wenn die Beihilfestelle ein solches für erforderlich hält, wird es mit Schreiben an den Beihilfeberechtigten eingefordert. Das diesbezügliche Schreiben der Beihilfestelle bewirkt, dass die Begutachtung für Beihilfzwecke durch ein Gesundheitsamt im Land gebührenfrei ist, auch wenn der Beihilfeberechtigte die Bitte der Beihilfestelle um gutachtliche Äußerung an das Gesundheitsamt weitergibt. In anderen Bundesländern besteht teilweise Gebührenpflicht, in diesen Fällen ist die Gebühr in voller Höhe mit der Beihilfe zu erstatten. Bei stationären Maßnahmen nach § 7 Absatz 6 Satz 2 und 3 letzter Halbsatz und bei Kuren für Beamte und Richter nach § 8 Absatz 5 Satz 2 ist ein Schreiben der Beihilfestelle nicht erforderlich.

2.2 Ein medizinisches Gutachten nach § 7 Absatz 6 Satz 2 oder § 8 verliert in der Regel seine Gültigkeit, wenn die Maßnahme nicht innerhalb von sechs Monaten nach Ausstellung begonnen wird; wenn der Beihilfeberechtigte gehalten ist, die Maßnahme in den Semester- oder Sommerschulferien durchzuführen, gilt es bis dahin.

3. Zu Absatz 6

Aus Gründen des Daten- und Geheimnisschutzes sind alle Fragen, die personenbezogene Daten im Sinne des § 3 Absatz 1 LDSG betreffen, an den Beihilfeberechtigten zu richten, solange er nicht seine Einwilligung nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 LDSG zur unmittelbaren Anfrage gegeben hat. Der Beihilfeberechtigte kann sie auch durch den betreffenden Angehörigen oder den behandelnden Arzt beantworten lassen.

4. Zu Absatz 8

Erstattungen für Beihilfen durch Dritte oder bei Abordnung zu einem anderen Dienstherrn sollen gemäß VwV Nummer 1.3 letzter Satz zu § 2 grundsätzlich nicht in Höhe der tatsächlich geleisteten Beihilfen, sondern pauschal mit den jährlichen Verrechnungssätzen angefordert werden (vergleiche VwV Kostenfestlegung und VwV Haushaltsvollzug).

5. Zu Absatz 9

Für Beihilfzwecke eingereichte Belege, die nicht durch automatisierte Datenverarbeitung gespeichert sind, dürfen gemäß § 86 Absatz 6 LBG ausgesondert werden, wenn sie zur Aufgabenerfüllung nicht mehr benötigt werden.

Zu § 19 Übergangsvorschriften

1. Zu Absatz 1

Mit dem StÄndG 2007 wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2007 die Höchstdauer für den Bezug des Kindergeldes vom 27. stufenweise auf das 25. Lebensjahr herabgesetzt, gegebenenfalls zuzüglich Wehr- oder Ersatzdienstzeiten oder davon befreiender Zeiten als Entwicklungshelfer. Zur Vermeidung von Härten und Lücken im Versicherungsschutz war eine Übergangsregelung für die Beihilfe erforderlich, insbesondere für jene bereits studierenden Kinder, die sich von der studentischen Krankenversicherungspflicht befreien ließen, da diese Befreiung nach § 8 Absatz 2 SGB V unwiderruflich ist.

2. Zu Absatz 4

Satz 1 der Vorschrift gilt entsprechend für Beihilferegelungen des BMI, die in dieser VwV für anwendbar erklärt sind. Eine besondere Anweisung oder Bekanntmachung erfolgt nicht.

Zur Anlage zur BVO

1. Zu Nummer 1 der Anlage Einschränkungen zu § 5 Absatz 1 und §§ 6 ff.

1.1 Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht wurden (vergleiche § 1 Absatz 2 GOÄ, § 1 Absatz 2, § 2 Absatz 3 Satz 1 GOZ). Die VwV des BMI zu § 6 Absatz 3 der BBhV gelten entsprechend, soweit die BVO und die VwV des Ministeriums für Finanzen und Wirtschaft keine eigenständigen Regelungen enthalten.

1.2 Leistungen nach Nummer 1.1 Satz 2 sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes (Komplextherapien), die gemeinsam durch Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und Personen nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 Satz 3 durchgeführt werden. Die Beteiligung eines Arztes muss sichergestellt sein; die Mitwirkung anderer sozialtherapeutischer Berufe (zum Beispiel Sozialarbeiter) ist ausnahmsweise unschädlich. Im Übrigen sind jedoch vom Ausschluss gemäß § 78 Absatz 2 Nummer 2 LBG in Verbindung mit § 5 Absatz 4 Nummer 9 und § 6 Absatz 1 Nummer 3 Satz 5 erfasste Aufwendungen auch nicht im Rahmen einer Komplextherapie nach Nummer 1.1 Satz 2 beihilfefähig. Dies gilt nicht für sozialpädiatrische Leistungen in den sozialpädiatrischen Zentren (VwV Nummer 6 zu § 5). Zu den Komplextherapien gehören unter anderem

- Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, Tinnitustherapien, Diabetikerschulungen.
- 1.3 Aufwendungen für ambulante Suchtbehandlungen sind als Komplexleistung beihilfefähig unter folgenden Voraussetzungen
- Einleitung, Durchführung und Vergütung müssen sich nach der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4. Mai 2001 richten,
 - ärztliches Attest mit Sozialbericht gemäß § 6 Absatz 1, 5 oder 6 der Vereinbarung sind vorzulegen,
 - Nachweis, dass die Einrichtung, in welcher die Suchtbehandlung erfolgt, nach der Vereinbarung anerkannt ist,
 - Nachweis, dass ein Arzt oder approbierter psychologischer Psychotherapeut mit Erfahrung in der Therapie Abhängigkeitskranker bei der Behandlung stets mitwirken,
 - bei lang dauernder Behandlung Zwischenberichte mit Erfolgsprognose vorgelegt werden.
- 1.4 Heil- und Kostenpläne sind nur bei kieferorthopädischen Behandlungen für Beihilfzwecke erforderlich und somit beihilfefähig. Aufwendungen für formelle Heil- und Kostenpläne nach GOZ Nummer 002 oder 003 über prothetische Leistungen (GOZ Abschnitt F) können ebenso als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn der Plan zu den Beihilfeakten gegeben wird und es sich um größere Maßnahmen (zum Beispiel Zahnimplantate, vier oder mehr Kronen oder Edelmetallfüllungen, Brücke für drei fehlende Zähne, neue Prothese) handelt, oder wenn darin verschiedene Versorgungsformen dargestellt und davon die kostengünstigere gewählt wurde.
- 1.5 Die Beteiligung eines Gutachters für Zahnersatz oder Implantologie kann bei aufwendigem Zahnersatz (zum Beispiel mehrgliedrigen Brücken; zahlreichen Verbindungselementen; Kronen oder Edelmetallfüllungen) zum Zweck der Prüfung in Betracht kommen, ob eine kostengünstigere wirtschaftlichere Lösung möglich erscheint, oder wenn Zweifel bestehen, ob eine Indikation im Sinne der Nummer 1.2.3b bis 1.2.4b der Anlage tatsächlich gegeben ist.
- 1.6 Nummer 1.2.4 Satz 2 schließt mehr als zwei Implantate je Kieferhälfte, einschließlich vorhandener und die damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen von der Beihilfefähigkeit ganz aus. Vorhandene Implantate, zu denen keine Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sind hierbei nicht zu berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurde, sofern der Beihilfeberechtigte nicht in geeigneter Weise, zum Beispiel durch Beihilfebescheide oder Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgeber glaubhaft machen kann.
- 1.7 Vor- und nachstationäre Leistungen, die von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden, sind nach § 115a SGB V in Verbindung mit § 17 Absatz 1 KHG, § 1 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG auch für nicht Sozialversicherte in einheitlicher Höhe zu berechnen. In diesen Fällen ist somit nicht Nummer 1.3 der Anlage, sondern § 5 Absatz 1 letzter Satz BVO einschlägig.
- 1.8 Die nach Nummer 1.4.1 verbindliche Anlage 4 zur BBhV, sowie die für den Vergleich der Leistungen eines Heilpraktikers nach Nummer 1.4.3 der Anlage erforderliche Gegenüberstellung des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker zur GOÄ wird auf die Homepage des Landesamt für Besoldung und Versorgung bereitgestellt.
- 1.9 Besondere Gründe im Sinne der Nummer 1.5.2 sind grundsätzlich bei erfolgloser Ausschöpfung der in Betracht kommenden Behandlungsmethoden der Schulmedizin gegeben.
- 1.10 Für psychotherapeutische, psychosomatische und ähnliche Behandlungen gelten die §§ 18 bis 21 BBhV und die Anlage 2 zur BBhV entsprechend, soweit die BVO und diese VwV keine eigenständigen Regelungen enthalten. Gleiches gilt für die VwV des BMI zu diesen Vorschriften, auch bezüglich der Gutachter und der Formblätter. Nach § 6 Absatz 2 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind hiermit auch die nach der BBhV ausgeschlossenen Behandlungsverfahren, auch außerhalb psychotherapeutischer Behandlung. Auf die Verfahrensregelungen im Erlass des FM vom 15. Dezember 1994 (Az.: P 1867/1–19) wird hingewiesen.
2. Zu Nummer 2 der Anlage Hilfsmittel
- 2.1 Die Aufzählungen in Nummer 2 der Anlage und in nachstehender VwV 2.5 enthalten Oberbegriffe; da angesichts der Vielfalt der angebotenen Hilfsmittel eine abschließende Auflistung nicht möglich ist, muss im Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob der Gegenstand unter einen der Begriffe fällt, gegebenenfalls unter welchen. Das vom Finanzministerium Rheinland-Pfalz als Datenbank geführte »Hilfsmittelverzeichnis (HMV)« kann mit seinen Erläuterungen für die Praxis nützliche Anhaltspunkte über Beschaffenheit, Funktionsweise und Zuordnung unter die Begriffe in Nummer 2 der Anlage und in nachstehender VwV 2.5 geben, maßgeblich bleibt aber der Wortlaut der Nummer 2 der Anlage.
- 2.2 Für teure Hilfsmittel kann Beihilfe mit der Auflage gewährt werden, dass bei Rückkauf des Hilfsmittels durch den Lieferanten oder bei sonstigem Wiederverkauf die Beihilfe anteilig entsprechend dem Beihilfebemessungssatz zurückzuzahlen ist.
- 2.3 Aufwendungen für Hilfsmittel, die nur für den Arbeitsplatz benötigt werden, sind berufsbedingt, nicht vorwiegend krankheitsbedingt und damit nicht beihilfefähig. Auf die jeweils geltenden Rechtsvorschriften über Bildschirmarbeitsbrillen, sowie über Kraftfahrzeughilfen und sonstige Hilfen am Arbeitsplatz nach dem SGB IX wird hingewiesen.
- 2.4 Der Betrag von 100 Euro in Nummer 2.2.3 der Anlage wird für Kalenderjahre, in denen die Beihilfebe-

- rechti gung für weniger als sechs Monate bestand, auf 50 Euro ermäßigt.
- 2.5 Nach Nummern 2.3 und 2.4 der Anlage sind die Kosten für die folgenden Gegenstände grundsätzlich nicht beihilfefähig; anderes gilt für Pflegehilfsmittel, deren Notwendigkeit von der Pflegekasse festgestellt wurde.
- Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbare Schuhe ohne spezifisch behandlungsbedingte Ausstattung
- Adju-SetSano
- Angorawäsche
- Aqua-Therapie-Hose
- Augenheizkissen
- Autofahrerrückenstütze
- Autokindersitz in Normalausführung
- Autokofferraumlifter, Autolifter, Autohalterungen
- Badeanzug für Brustprothesenträgerin
- Bade- und Turnbekleidung
- Badewannengleitschutz
- Badewannenkopfstütze
- Badewannenmatte
- Bandagen, soweit nicht in Nummer 2 der Anlage aufgeführt
- Basalthermometer
- Bauchgurt
- Bestrahlungslampen und -geräte für ambulante Strahlentherapie, ausgenommen zur Psoriasisbehandlung
- Bett, -brett, -bezüge, -decken, -füllung, -lagerungskissen, -platte, -rost, -stütze, -tisch
- Bidet
- Bill-Wanne
- Blinden-Schreibsystem
- Blinden-Uhr
- Blutdruckmessgerät
- Computer
- Dusche
- Einmal-Handschuhe
- Eisbeutel und Kompressen
- Elektrofahrzeuge LARK, Graf Carello
- Elektronic-Muscle-Control (EMC)
- Elektronisches Notizbuch
- Erektionshilfen
- Ess- und Trinkhilfen
- Expander
- Fieberthermometer
- Fitnessgeräte
- Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe, WIP-Venentrainer
- Garage für Behindertenspezialfahrzeug, Krankenfahrradstuhl
- Glasstäbchen
- Handgelenksriemen
- Handschuhe
- Handtrainer
- Hängeliege
- Hantel, Federhantel
- Hausnotrufsystem
- Hautschutzmittel
- Heimtrainer
- Heizdecke, -kissen
- Hilfsgeräte für Hausarbeit
- Hörkissen
- Hörkragen Akusta-Coletta
- Intraschallgerät »Novafon«
- Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
- Ionisierungsgeräte, Ionisator, Ionopront, außer: Ionophoresegerät
- Katzenfell
- Knickfußstrumpf
- Knoche Natur-Bruch-Slip
- Kolorimeter
- Kommunikationssystem
- Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Änderungen und Einbauten
- Krankenbett, Ausnahme: Pflegebett
- Kreislaufgerät »Schiele«
- Lagerungskissen, -stütze, außer Abduktionslagerungskeil
- Language-Master
- Liegestuhl
- Luftbefeuchter, Luftreinigungsgeräte
- Luftpolsterschuh
- Magnetfolie
- Massagegerät, ausgenommen Wechsellagerungsgerät
- Matratze, ausgenommen Spezialmatratze bei bestehendem Dekubitus mindestens zweiten Grades oder als Zubehör zum Pflegebett
- Monophonator
- Munddusche
- Nagelspange Link
- Öldispersionsapparat
- Orthopädische Bade- oder Turnschuhe, ausgenommen bei notwendigem Behindertensport
- Pulsfrequenzmesser
- Rampe, ausgenommen mobile Teleskoprampe
- Rheumawäsche
- Rückentrainer
- Salbenpinsel
- Sandbox
- Schlaftherapiegerät
- Schreibmaschine
- Schreibtelefon, ausgenommen bei sprachbehinderten Schülern
- Sessel und Stühle ohne spezielle behindertengerechte Ausstattung (wie Aufrichthilfe, Katapultsitz, Rollen und Schiebebegriffe)
- Sicherheitsschuh, orthopädisch
- Spezialtastatur, ausgenommen Groß- oder Minitastatur, wenn schriftliche Verständigung anders nicht möglich ist
- Spirometer
- Spranzbruchband

Sprossenwand
 Sterilisator
 Stockständer
 Strumpfhose
 Stützstrumpf, ausgenommen Kompressionsstrumpf
 Taktellgerät
 Tamponapplikator
 Telefonhalter, -verstärker
 Therapeutische Wärme- und Kältesegmente
 Tisch, ausgenommen Brückentisch zum Pflegebett
 Treppenlift, Monolift, Plattformlift (unbeschadet § 9 Absatz 11)
 Tünkens-Butler
 Übungsmatte
 Ultraschalltherapiegerät
 Umweltkontrollgerät
 Urinal
 Urin-Prüfgerät
 Venenkissen, -nachtstrumpf
 Waage
 Wandstandgerät
 WC-Sitz
 Zahnbürste, auch elektrische
 Zahnpflegemittel
 Zehenkorrektursandale
 Zweit- und Mehrfachbeschaffung gleichartiger Gegenstände, sofern nicht medizinisch begründet.

Schlussvorschriften

1. Zusicherungen
 Hat der Beihilfeberechtigte Zweifel, ob die Kosten einer vorgesehenen Maßnahme oder einer bestimmten Aufwandsart beihilfefähig sind, kann er sich jederzeit mit der Bitte um Auskunft oder um Anerkennung der Beihilfefähigkeit dem Grunde nach (Anerkennungsbescheid) an seine Beihilfestelle wenden. Zusicherungen auf Leistungen sind nur dann wirksam, wenn sie in Schriftform erteilt sind, siehe dazu § 38 LVwVfG.
2. Andere Rechtsgrundlage
 Sofern sich die Beihilfeberechtigung nicht unmittelbar aus der BVO, sondern erst auf Grund einer sinn gemäßen Anwendung ergibt – zum Beispiel bei Angestellten und Arbeitern auf Grund von Arbeits- und Tarifverträgen – gilt diese Verwaltungsvorschrift nur dann und insoweit, als sich aus den diese Beihilfeberechtigung begründenden Bestimmungen nichts Abweichendes ergibt (zum Beispiel Beihilfetarifverträge mit VwV in der amtlichen Vorschriftensammlung des Ministeriums für Finanzen und Wirtschaft »VwV zum Arbeits- und Tarifrecht, Sozialversicherungsrecht, Zusatzversicherungsrecht«).
3. Inkrafttreten
 Diese Verwaltungsvorschrift tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung in Kraft. Ihre Geltungsdauer beträgt sieben Jahre.

GABl. S. 383

MINISTERIUM FÜR LÄNDLICHEN RAUM UND VERBRAUCHERSCHUTZ

Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz zur Änderung der VwV Marktstrukturverbesserung

Vom 23. April 2012 – Az.: 27-8550.00 –

Die Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum für die Förderung der Verarbeitung und Vermarktung von land- und fischwirtschaftlichen Erzeugnissen (VwV Marktstrukturverbesserung) vom 9. Februar 2010 (GABl. S. 99) wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt A wird wie folgt geändert:

In Nummer 2 wird der letzte Absatz wie folgt gefasst:

»Für die Aufhebung und Erstattung der Zuwendungen sind das Landesverwaltungsverfahrensgesetz, insbesondere die §§ 48, 49 und 49 a, sowie Artikel 5 der Verordnung (EU) Nr. 65/2011 der Kommission vom 27. Januar 2011 (ABl. L 25 vom 28. Januar 2011, S. 8) anzuwen-

den. Für vor dem 1. Januar 2011 eingereichte Zuwendungsanträge des Wirtschaftsjahres 2010 finden die oben genannten Vorschriften des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes sowie Artikel 80 der Verordnung (EG) Nr. 1122/2009 der Kommission vom 30. November 2009 (ABl. L 316 vom 2. Dezember 2009, S. 65) in Verbindung mit Artikel 2 der Verordnung (EG) Nr. 1975/2006 der Kommission vom 7. Dezember 2006 (ABl. L 368 vom 23. Dezember 2006, S. 74), zuletzt geändert durch Verordnung (EG) Nr. 484/2009 der Kommission vom 9. Juni 2009 (ABl. L 145 vom 10. Juni 2009, S. 25) Anwendung. Bezieht sich der Zuwendungsantrag auf die Wirtschaftsjahre bis einschließlich 2009, findet Artikel 2 der Verordnung (EG) Nr. 1975/2006 in Verbindung mit Artikel 73 der Verordnung (EG) Nr. 796/2004 Anwendung.«

2. Abschnitt B wird wie folgt geändert:

In Nummer 5 wird die Angabe »EG-Vertrages« durch die Angabe »Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV)« ersetzt.