Ausführungsvorschriften
zur Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen
- Landesbeihilfeverordnung - (AV LBhVO)

Vom 29. Juni 2011

Nach § 57 der Landesbeihilfeverordnung (LBhVO) vom 8. September 2009 (GVBl. S. 436) erlässt die für Inneres zuständige Senatsverwaltung folgende Verwaltungsvorschrift zur Durchführung der Landesbeihilfeverordnung:

1 Zu § 1 Regelungszweck

1.1 [1]Die Beihilfe ist eine eigenständige ergänzende beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamtinnen und Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. [2]Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die den Beamtinnen und Beamten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. [3]Diese verlangt jedoch keine lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen. [4]Neben Beamtinnen und Beamten können weitere Personengruppen aufgrund spezialgesetzlicher Verweisungen einen Beihilfeanspruch haben (vgl. z. B. § 7 des Berliner Richtergesetzes).

2 Zu § 2 Beihilfeberechtigte

2.1 Zu Absatz 1

2.1.1 Witwen oder Witwer und Waisen von Beihilfeberechtigten, die Ansprüche nach Absatz 2 haben und damit zu den Personen nach Nummer 2 gehören, sind bereits von dem Tag an selbst beihilfeberechtigt, an dem die oder der Beihilfeberechtigte stirbt.

2.2 Zu Absatz 2

2.2.1 Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen insbesondere § 22 Absatz 1 Satz 2, § 51 Absatz 3, die §§ 53 bis 56, § 61 Absatz 2 und 3 und § 87 Absatz 3 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) in der am 31. August

2006 geltenden Fassung sowie § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) in der am 31. August 2006 geltenden Fassung in Betracht.

2.2.2 [1]Ein Anspruch auf Beihilfe besteht auch, wenn eine Freistellung nach § 55 Absatz 1 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes (LBG) erfolgt. [2]Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger einer Beihilfeberechtigten oder eines Beihilfeberechtigten wird oder Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat. [3]Die Rechtsgrundlage dazu befindet sich im § 55 Absatz 2 Satz 1 LBG.

2.2.3 [1]Ein Anspruch auf Beihilfe besteht auch während der Elternzeit. [2]Der Rechtsanspruch ergibt sich aus § 76 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 LBG.

2.3 **Zu Absatz 3**

2.3.1 [1]Nach § 27 Absatz 1 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) erhalten Mitglieder des Deutschen Bundestages und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger nach diesem Gesetz einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). [2]Unter den in § 27 Absatz 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.

2.3.2 [1]Gemäß § 76 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 LBG ist ein Beihilfeanspruch früherer Beamtinnen und früherer Beamter, die Übergangsgeld nach dem BeamtVG in der am 31. August 2006 geltenden Fassung beziehen, ausgeschlossen. [2]Dem entspricht auch die Regelung des § 2 Absatz 2, wonach als weitere Voraussetzung für die Beihilfeberechtigung der Bezug eines Übergangsgeldes nach dem BeamtVG in der am 31. August 2006 geltenden Fassung nicht aufgeführt ist.

3 **Zu § 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland** (bleibt frei)

4 **Zu § 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige**

4.1 **Zu Absatz 1**

4.1.1 Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 5 Absatz 1 zu beachten.

4.1.2 Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen derjenigen oder demjenigen zu gewähren, bei der oder dem die oder der Betref-

fende bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger war; ausgenommen bei Witwen, Witwern und Waisen.

4.1.3 [1]Bei Prüfung des Einkommens von berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnerinnen und eingetragenen Lebenspartnern wird immer auf den Zeitpunkt der Antragstellung abgestellt, unabhängig zu welchem Zeitpunkt die Aufwendungen entstanden sind. [2]Dadurch ist ein Schieben der entstandenen Aufwendungen in das Folgejahr möglich. [3]§ 54 Absatz 1 ist zu beachten. [4]Gibt eine Ehegattin, ein Ehegatte, eine eingetragene Lebenspartnerin oder ein eingetragener Lebenspartner anlässlich eines dienstlich veranlassten Umzugs des oder der Beihilfeberechtigten ins Ausland die Berufstätigkeit im Laufe des Jahres auf und überschreitet mit dem bis dahin erzielten Einkommen im Jahr des Umzugs noch die Einkommensgrenze, sind im nächsten Jahr Rechnungen über Aufwendungen im Jahr des Umzugs beihilfefähig. [5]Bei hohen Aufwendungen, beispielsweise im Fall von Krankenhausaufenthalten, können Abschläge auf die zu erwartende Beihilfe gezahlt werden.

4.1.4 Wird Beihilfe aufgrund des Satzes 2 gezahlt, ist die oder der Beihilfeberechtigte aktenkundig darüber zu belehren, dass nach Feststellung der Überschreitung des Gesamtbetrages der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr die Beihilfe zurück zu zahlen ist.

4.1.5 [1]Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 Einkommensteuergesetz (EStG) ist die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Absatz 3 EStG. [2]Gemäß § 2 Absatz 2 EStG sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k EStG) und bei den anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9a EStG). [3]Die Voraussetzungen für die Berücksichtigung der Ehegattin, des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners sind durch die Vorlage des Steuerbescheides jährlich nachzuweisen. [4]Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben können unkenntlich gemacht werden. [5]Die Festsetzungsstelle kann andere Einkommensnachweise zulassen, wenn die oder der Beihilfeberechtigte den Steuerbescheid nicht vorlegen kann. [6]Dies kann z. B. der Fall sein, wenn der Beihilfeberechtigte nicht verpflichtet ist, eine Steuererklärung abzugeben. [7]Aussagekraft und Beweiswert eines anderen Nachweises müssen dem amtlichen Steuerbescheid gleichwertig sein und alle von § 2 Absatz 3 EStG erfassten Einkünfte umfassen.

4.2 **Zu Absatz 2**

4.2.1 [1]Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. [2]Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familienzuschlag zusteht (Kinder von Beamtinnen und Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, Kinder von Beihilfeberechtigten, die sich in Elternzeit befinden) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.

4.2.2 Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe für berücksichtigungsfähige Kinder gewährt wird, ergibt sich aus § 5 Absatz 4.

4.2.3 [1]Ein Anspruch auf Beihilfe für Kinder als berücksichtigungsfähige Angehörige besteht grundsätzlich so lange, wie der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag nach dem BBesG in der am 31. August 2006 geltenden Fassung oder dem BeamtVG in der am 31. August 2006 geltenden Fassung gezahlt wird. [2]Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird.

4.2.4 Die Hinweise 4.1.1 und 4.1.2 gelten entsprechend.

4.3 Zu Absatz 3 (bleibt frei)

5 Zu § 5 Konkurrenzen

5.1 Zu Absatz 1

5.1.1 Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig.

5.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

5.3 Zu Absatz 3

5.3.1 [1]Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne des § 5 Absatz 3 nicht ausgeschlossen. [2]Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. [3]Beispiel: Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin oder berücksichtigungsfähige Angehörige, bei der am 1. April 1998 eine anerkannte Schwerbehinderung vorlag (§ 108 LBG), hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. [4]Als Angestellte steht ihr insoweit keine

Beihilfe zu, da sie in diesem Fall infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach keine Beihilfeberechtigung aus ihrem Arbeitsverhältnis hat. [5]Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder als berücksichtigungsfähige Angehörige zu. [6]Die Ausschlussregelung für berücksichtigungsfähige Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner in § 4 ist zu beachten.

5.3.2 [1]Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist ausgeschlossen. [2]Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

5.3.3 [1]Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben und aufgrund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V oder keine Pflichtmitgliedschaft in der GKV erlangen können, ist aus Fürsorgegründen Absatz 3 nicht anzuwenden. [2]In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

5.3.4 [1]Wird teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen von Beamtinnen oder Beamten aufgrund Tarifvertrags zustehender Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über die beamtete Ehegattin, den beamteten Ehegatten, die beamtete eingetragene Lebenspartnerin oder den beamteten eingetragenen Lebenspartner, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. § 4 Absatz 1). [2]Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die aufgrund Tarifvertrag zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 9 Absatz 1). [3]Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des Kapitels 3 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch der beamteten Ehegattin, des beamteten Ehegatten, der beamteten eingetragenen Lebenspartnerin oder des beamteten eingetragenen Lebenspartners.

5.4 **Zu Absatz 4**

5.4.1 Bei mehreren Beihilfeberechtigten mit unterschiedlichen Dienstherrn (z.B. Land – Bund; Land – Land, Land – Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung nach dem Formblatt im Anhang 1 zu übersenden.

6 Zu § 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

6.1 Zu Absatz 1

6.1.1 Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vgl. § 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), §§ 1 Absatz 2 und 2 Absatz 3 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)).

6.1.2 Aufwendungen nach Satz 2 umfassen auch solche Fälle, in denen die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer keine Ärztin oder kein Arzt ist, weil das medizinische Fachpersonal nicht in der Lage ist, die Leistung selbst zu erbringen, diese aber dringend medizinisch geboten ist (z. B. Spezialuntersuchungen in wissenschaftlichen Instituten).

6.2 Zu Absatz 2

6.2.1 [1]Im Regelfall sind von der GKV anerkannte neue Behandlungsmethoden immer beihilfefähig. [2]Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein ärztliches Gutachten bestätigt, ist der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung zu berichten.

6.3 Zu Absatz 3

6.3.1 [1]Die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zu Grunde zu legen sind. [2]Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einfachsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. [3]Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.

6.3.2 [1]Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen sind die Gebühren nach der GOÄ/GOZ auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt oder in deren oder dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit die Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung vorgeschrieben ist. [2]Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. [3]Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen

Benutzer verbindlich sind. [4]Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden. [5]Abrechnungen nach dem DKG-NT (Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif) sind ebenso anzuerkennen.

6.3.3 [1]Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind - § 1 Absatz 2 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818). [2]Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührenziffern:

- Abschnitt B der GOÄ: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95;
- Abschnitt G der GOÄ: 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.

[3]Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach den Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren. [4]Sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.

6.3.4 [1]Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Absatz 2 Satz 4, Absatz 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Absatz 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, kann sie nach § 6 Absatz 3 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Absatz 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Absatz 3 Satz 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. [2]Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Absatz 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z. B. Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und Nummer 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

6.3.5 [1]Nach § 12 Absatz 3 Satz 2 GOÄ und § 10 Absatz 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. [2]Bestehen bei der Festsetzungsstelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die

Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch die Ärztin oder den Arzt oder die Zahnärztin oder den Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der oder des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. [3]Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung der oder des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer oder Zahnärztekammer oder einer medizinischen/zahnmedizinischen Gutachterin oder eines medizinischen/zahnmedizinischen Gutachters einzuholen. [4]Die Beihilfeberechtigte oder der Beihilfeberechtigte ist nach § 51 Absatz 1 LBhVO zur Mitwirkung verpflichtet. [5]Wird das Einverständnis nicht erteilt, ist Nummer 51.1.7 zu beachten.

6.3.6 [1]Nach § 2 Absatz 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). [2]Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Absatz 3 Satz 1 GOZ zulässig. [3]Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Absatz 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinne der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Absatz 1 und 3 GOÄ, § 5 Absatz 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Hinweis Nummer 6.3.4 und 6.3.5 gerechtfertigt. [4]Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung zugelassen werden.

6.3.7 Ist die oder der Beihilfeberechtigte zivilrechtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Ärztin oder eines Arztes verpflichtet, ist die Vergütung regelmäßig als angemessen im Sinne des Beihilferechts anzuerkennen (vgl. BVerwG vom 25. November 2004 – 2 C 30.03).

6.4 **Zu Absatz 4** (bleibt frei)

6.5 **Zu Absatz 5**

6.5.1 Aufwendungen für Leistungen, die nicht durch den Basistarif abgedeckt sind, aber nach der LBhVO beihilfefähig sind, werden als beihilfefähig unter Beachtung der Absätze 1 bis 3 anerkannt.

6.5.2 Aufwendungen für Leistungen, die grundsätzlich durch den Basistarif abgedeckt werden, aber nicht im Basistarif in Anspruch genommen wurden, sind in Höhe des Basistarifs beihilfefähig.

6.5.3 Die erstellten Rechnungen auf Grundlage der abgeschlossenen Verträge nach § 75 Absatz 3b Satz 1 SGB V bedürfen keiner weiteren Prüfung.

7 **Zu § 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch** (bleibt frei)

8 **Zu § 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit**

8.1 **Zu Absatz 1** (bleibt frei)

8.2 **Zu Absatz 2**

8.2.1 [1]Nach § 79 LBG gehen gesetzliche Schadenersatzansprüche infolge Körperverletzung oder Tötung insoweit auf den Dienstherrn über, als er dienstrechtlich zu Leistungen verpflichtet ist, also auch bis zur Höhe des Beihilfeanspruchs zu beihilfefähigen Aufwendungen infolge der Schädigung. [2]Der Anspruchsübergang unterbleibt bei Schadenersatzansprüchen, die sich gegen einen mit der oder dem Verletzten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen richten. [3]Da es sich um einen gesetzlichen Forderungsübergang handelt, bedarf es für seine Wirksamkeit keiner Abtretung oder anderen Rechtshandlung. [4]Der Übergang erfolgt kraft Gesetzes und grundsätzlich im Zeitpunkt des Schadensereignisses. [5]Soweit der Anspruch auf den Dienstherrn übergegangen ist, kann der Verletzte nicht mehr, z. B. durch Vergleich, darüber verfügen. [6]Bei vertraglichen Schadenersatzansprüchen, insbesondere aus einem Behandlungsvertrag mit dem Arzt, ergibt sich der gesetzliche Forderungsübergang aus den parallel bestehenden gesetzlichen Schadenersatzansprüchen. [7]Soweit Schadenersatzansprüche ausnahmsweise nicht nach § 79 LBG erfasst werden und nicht auf den Dienstherrn übergehen, sind Aufwendungen in dem Umfang nicht beihilfefähig, wie der oder dem Beihilfeberechtigten ein Ersatzanspruch gegen Dritte zusteht. [8]Ein Anspruch auf Krankenhilfe gegenüber dem Jugendamt nach § 40 SGB VIII ist gegenüber der Beihilfe nachrangig (§ 10 Absatz 1 SGB VIII, VG Berlin vom 21.08.2008, VG 36 A 185.06) und deshalb nicht als Ersatzanspruch nach § 8 Absatz 2 von den Aufwendungen abzuziehen.

8.3 **Zu Absatz 3**

8.3.1 [1]Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen oder Kostenanteile sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. [2]Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. [3]Von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von § 130 Absatz 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. [4]Bei den nicht durch Zuschüsse der Krankenversicherung gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen oder Kostenanteile.

8.3.2 [1]Nach § 53 SGB V (Wahltarife) können die gesetzlichen Krankenkassen bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kos-

ten zu übernehmen haben (Selbstbehalt). [2]Soweit Selbstbehalte von der Krankenkasse angerechnet werden, sind sie nicht beihilfefähig.

8.4 **Zu Absatz 4**

8.4.1 [1]Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel, die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden sowie kieferorthopädische Behandlung) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). [2]Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 9 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

8.4.2 [1]Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249a SGB V). [2]Satz 3 gilt nicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag monatlich weniger als 21 Euro beträgt.

8.4.3 [1]Da nach Satz 3 Nummer 1 bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. [2]Festbeträge können gebildet werden für

- Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
- Hilfsmittel (§ 36 SGB V).

[3]Als Festbeträge gelten auch

- die Vertragssätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V (Sehhilfen),
- der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V (Zuschuss zu den Kosten bei fehlender Indikation für Kontaktlinsen, der für eine erforderliche Brille aufzuwenden wäre),
- der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Sehhilfen bis zum 14. Lebensjahr)
  sowie
- der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V (Beschränkung des Entgeltes für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen auf Festbeträge in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen).

8.4.4 [1]Satz 3 Nummer 2 erfasst die Fälle, in denen sich die oder der gesetzlich Pflichtversicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z. B. privatärztliche Behandlung durch eine Kassenärztin oder einen Kassenarzt). [2]Wäre im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung erfolgt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. [3]Gehört die behandelnde Person oder die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Personenkreis, ist § 9 Absatz 3 anzuwenden.

8.5 **Zu Absatz 5** (bleibt frei)

9 **Zu § 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen**

9.1 **Zu Absatz 1**

9.1.1 [1]Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z. B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. [2]Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), und zwar auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen der oder des Leistungsberechtigten oder ihrer oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden. [3]Die Beihilfe geht den Leistungen nach dem Krankenfürsorgesystem der EG vor.

9.1.2 [1]Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615a i. V. m. § 1610 Absatz 2, §§ 1615 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches – BGB –). [2]Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 9 Absatz 1 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. [3]Daher kann z. B. die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.

9.2 **Zu Absatz 2**

9.2.1 [1]Die GKV zahlt bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) einen befundbezogenen Festzuschuss. [2]Der Festzuschuss umfasst 50 Prozent der jeweiligen Regelversorgung. [3]Unter den Voraussetzungen des § 55 Absatz 1 SGB V kann sich der Festzuschuss um maximal 30 Prozent nochmals erhöhen. [4]Dieser maximal zu erreichende Festzuschuss (entspricht 65 Prozent der jeweiligen Regelversorgung) wird immer, sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei Pflichtversicherten in der GKV, angerechnet, unabhängig davon, ob die GKV diesen auch gezahlt hat.

9.3 **Zu Absatz 3**

9.3.1 Satz 1 ist z. B. bei privatärztlicher Behandlung anzuwenden.

9.3.2 Zu den Erstattungen und Sachleistungen der GKV aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nummer 3 gehören nicht Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr aufgrund des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) gewährt werden.

9.4 **Zu Absatz 4** (bleibt frei)

10 **Zu § 10 Beihilfeanspruch**

10.1 **Zu Absatz 1**

10.1.1 [1]Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen der oder des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bis zum Todestag entstanden sind, erfolgt nach den am Tag vor dem Tod jeweils maßgebenden personenbezogenen Bemessungssätzen nach § 76 Absatz 3 LBG in Verbindung mit § 46. [2]Bis zum Zeitpunkt des Todes einer oder eines Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis ihres oder seines Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

10.1.2 Aufwendungen anlässlich des Todes von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nicht beihilfefähig, ausgenommen in Fällen des § 44.

10.2 **Zu Absatz 2**

10.2.1 [1]Nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) besteht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit Wohnsitz in Deutschland ab dem 1. Januar 2009 die Pflicht, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrecht zu erhalten. [2]Wer weder gesetzlich versichert ist noch einen Anspruch auf Leistungen eines anderen Versorgungssystems wie freie Heilfürsorge hat, ist verpflichtet, den nicht von der Beihilfe abgedeckten Teil nach einem Tarif der privaten Krankenversicherung zu versichern, der mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei dem der Selbstbehalt die nach §193 Absatz 3 Satz 1 zulässige Höhe nicht übersteigt. [3]Wird der Nachweis des Krankenversicherungsschutzes nicht erbracht, wird keine Beihilfe gewährt werden. [4]Wohnsitz ist der Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes.

10.2.2 [1]Unabhängig vom Leistungsumfang genügt eine vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Teilversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung umfasst, der Versicherungspflicht, sofern keine konkreten Anhaltspunkte für die Annahme vorliegen, dass die oder der Beihilfeberechtigte für sich und berücksichtigungsfähige Angehörige die weder von der Beihilfe noch von der Krankenversicherung abgedeckten Krankheitskosten aus eigenen Mitteln nicht vollständig bestreiten kann. [2]Ein nur zahnärztliche Leistungen abdeckender Tarif beispielsweise ist keine Teilversiche-

rung, die der Versicherungspflicht genügt. [3]Diese Verträge dürfen nicht so geändert werden, dass die Deckungslücke zwischen Versicherungsschutz und Beihilfeanspruch vergrößert wird. [4]Zusätzlich dürfen die Selbstbehalte durch Änderungen nicht über die in § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG genannten Beträge hinaus erstmals oder weiter erhöht werden. [5]Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen steht Beihilfe zu, wenn sie rechtmäßig über keinen Versicherungsschutz verfügen, beispielsweise weil sich ihr Wohnsitz im Ausland befindet.

10.2.3 Ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht, da nach § 14 in Verbindung mit § 17 SGB IV und nach der Sozialversicherungsentgeltverordnung Beamtenbezüge nicht zum Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung zählen.

10.2.4 Ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten gilt als eine der Versicherungspflicht genügende Absicherung.

11 Zu § 11 Aufwendungen im Ausland

11.1 Zu Absatz 1

11.1.1 [1]Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. [2]Beihilfefähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenbeteiligungen sind zu beachten. [3]Bei privaten Krankenhäusern ist eine Vergleichsberechnung entsprechend § 26 Absatz 3 durchzuführen.

11.1.2 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem Tag der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.

11.1.3 [1]Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 1 000 Euro ist eine Übersetzung beizufügen. [2]Bis 1 000 Euro ist eine kurze Angabe der Antragstellerin oder des Antragstellers über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.

11.1.4 Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union gilt als Wohnort

a) bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienstort.

11.1.5 Befindet sich ein Heimdialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen außerhalb der Europäischen Union, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der

Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.

11.1.6 [1]Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung einer Fachärztin oder eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. [2]Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 26 medizinisch indiziert ist. [3]Bei einer Krankenhausbehandlung entfällt die Vergleichsberechnung nach § 26 Absatz 3.

11.1.7 Wird eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder eine Versorgungsempfängerin oder ein Versorgungsempfänger wegen Neurodermitis oder Psoriasis am Toten Meer (Ein Boqeg, Salt Land Village, Sdom) behandelt, sind aus diesem Anlass entstehende Aufwendungen im gleichen Umfang wie Aufwendungen nach § 35 Absatz 1 Nummer 4 beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

11.2 **Zu Absatz 2** (bleibt frei)

11.3 **Zu Absatz 3** (bleibt frei)

12 Zu § 12 Ärztliche Leistungen

12.1 [1]Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit oder einer Vorsorgeuntersuchung entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. [2]Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden. [3]Der Antragstellerin oder dem Antragsteller ist Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben beizubringen.

13 Zu § 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

13.1 [1]Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. [2]Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung sind die Aufwendungen nicht prüffähig.

13.1.2 Dienstunfähigkeitsbescheinigungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nicht beihilfefähig.

14 Zu § 14 Zahnärztliche Leistungen

14.1 Aufwendungen für einen Heil- und Kostenplan bei geplanten Zahnersatz- und implantologischen Leistungen sind grundsätzlich beihilfefähig, unabhängig davon, ob dieser mit der Gebührennummer 002 oder 003 des Gebührenverzeichnisses für Zahnärzte in Rechnung gestellt wurde.

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

15.1 Zu Absatz 1

15.1.1 Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ auch Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau) nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ erfasst.

15.1.2 Beihilfefähige Aufwendungen beim Austausch von Sekundärteilen richten sich sinngemäß nach den Voraussetzungen des Absatzes 1.

15.1.3 Ab dem zwölften Lebensjahr ist der Wechsel von den Milchzähnen zum „Erwachsenengebiss“ generell abgeschlossen (die 28 Zähne des Erwachsenengebisses müssten durchgebrochen sein), so dass ab diesem Zeitpunkt vom jugendlichen Erwachsenengebiss gesprochen werden kann.

15.2 Zu Absatz 2

15.2.1 [1]Sofern eine aktive kieferorthopädische Weiterbehandlung (Maßnahmen nach Nr. 603 bis 605 oder Nr. 606 bis 609 des Gebührenverzeichnisses der GOZ) über den bis zu vierjährigen Zeitraum hinaus medizinisch notwendig wird, ist die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplanes erforderlich. [2]Dieser ist im letzten Quartal vor Ablauf der vierjährigen Behandlung, d. h. im 16. Behandlungsquartal, vorzulegen. [3]Kieferorthopädische Leistungen, die nach dem 16. Behandlungsquartal durchgeführt werden, sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit, gegebenenfalls nach fachzahnärztlicher Begutachtung, vorher anerkannt hat. [4]Entsprechendes gilt für erforderliche Zweitbehandlungen.

15.2.2 Erfolgten die aktiven Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nummer 621 oder Begleitleistungen nach den Nummern 618 bis 623 des Gebührensverzeichnisses der GOZ medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.

15.2.3 [1]Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 620 und 624 des Gebührenverzeichnisses für Zahnärzte setzen nicht unmittelbar eine kieferorthopädi-

sche Behandlung im Sinne dieser Verordnung voraus. [2]Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.

15.2.4 [1]Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen ab Vollendung des 18. Lebensjahres nicht beihilfefähig, es sei denn, es liegt eine schwere Kieferanomalie vor, bei der neben der kieferorthopädischen Behandlung eine Kieferoperation zum Ausgleich der Fehlstellung erfolgt. [2]Schwere Kieferanomalie liegt vor bei

- angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer,
- skelettalen Dysgnathien,
- verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen.

[3]Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.

15.3 **Zu Absatz 3** (bleibt frei)

15.4 **Zu Absatz 4** (bleibt frei)

16 **Zu § 16 Auslagen, Material- und Laborkosten**

16.1 **Zu Absatz 1**

16.1.1 Aufwendungen für Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ sind durch eine Rechnung der Zahnärztin oder des Zahnarztes oder Dentallabors entsprechend § 10 Absatz 2 Nummer 5 und 6 GOZ nachzuweisen.

16.2 **Zu Absatz 2** (bleibt frei)

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

18 **Zu § 18 Psychotherapeutische Leistungen**

18.1 **Zu Absatz 1** (bleibt frei)

18.2 **Zu Absatz 2**

18.2.1 [1]Geeignete Gutachterinnen und Gutachter im Sinne des Satzes 2 der Verordnung sind im Anhang 2 aufgeführt. [2]Für probatorische Sitzungen gilt die Höchstgrenze je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer.

18.2.2 [1]Gutachterinnen oder Gutachter erstellen im Auftrag der Festsetzungsstelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewerten die Angaben der Ärztin, des Arztes, der Psychologischen Psycho-

therapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeutin oder Therapeut genannt); dabei sind die Formblätter 1 und 2 im Anhang 3 zu verwenden. [2]Die Einreichung der Unterlagen an die Gutachterin oder den Gutachter hat in anonymisierter Form zu erfolgen. [3]Die Festsetzungsstelle vergibt an die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten einen von ihr festgelegten Anonymisierungscode. [4]Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Anonymisierungscode zu verwenden.

18.2.3 Die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben.

18.2.4 [1]Die oder der Beihilfeberechtigte hat der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 ("Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie") ausgefüllt vorzulegen. [2]Außerdem hat die oder der Beihilfeberechtigte oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 einen Bericht für die Gutachterin oder den Gutachter zu erstellen.

18.2.5 Die Therapeutin oder der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und gegebenenfalls das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der oder des Beihilfeberechtigen, der Patientin oder des Patienten.

18.2.6 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 3 eine Gutachterin oder einen Gutachter aus dem Kreis der in Anhang 2 aufgeführten Gutachterinnen und Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 4 und leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),
b) das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
c) das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung,
d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

18.2.7 [1]Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme nach dem Formblatt 4 ("Psychotherapie-Gutachten") - in zweifacher Ausfertigung - in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. [2]Diese leitet eine Ausfertigung des "Psychotherapie-Gutachtens" an die Therapeutin oder den Therapeuten weiter. [3]Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungs-

stelle der oder dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 5.

18.2.8 [1]Legt die oder der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. [2]Zu diesem Zweck hat die oder der Beihilfeberechtigte oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den "Erstbericht" an die Gutachterin oder den Gutachter auf dem Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle, der Gutachterin oder des Gutachters eingegangen werden sollte. [3]Die Therapeutin oder der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Obergutachterin oder den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der oder des Beihilfeberechtigten, der Patientin oder des Patienten.

18.2.9 [1]Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle eine geeignete Obergutachterin oder einen geeigneten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens. [2]Im Anhang 2 sind geeignete Obergutachterinnen und Obergutachter aufgeführt. [3]Die Festsetzungsstelle leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),
b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

[4]Ist die oder der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachterin oder Gutachter gleichzeitig Obergutachterin oder Obergutachter, ist eine andere Obergutachterin oder ein anderer Obergutachter einzuschalten. [5]Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters abgelehnt wurde, weil die Therapeutin oder der Therapeut die in Anlage 2 zu den §§ 18 bis 21 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

18.2.10 [1]Die Obergutachterin oder der Obergutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. [2]Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der oder dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.

18.2.11 [1]Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den von der Therapeutin oder vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag der Gutachterin oder dem Gutachter zu, welche oder

welcher das Erstgutachten erstellt hat. [2]Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. [3]Im Übrigen gelten die Nummern 18.2.6 bis 18.2.9 entsprechend.

18.2.12 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachterinnen und Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachterinnen, Gutachtern, Obergutachterinnen oder Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.

18.2.13 Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von 82 Euro jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, trägt die Festsetzungsstelle.

18.3 **Zu Absatz 3** (bleibt frei)

18.4 **Zu Absatz 4** (bleibt frei)

18.5 **Zu Absatz 5** (bleibt frei)

18.6 **Zu Absatz 6**

18.6.1 Psychologische Psychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen zusätzlich zu dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter mit dem Formblatt 2a den erforderlichen Konsiliarbericht einer Ärztin oder eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG, BGBl. I 1998, S. 1311) einholen.

18.7 **Zu Absatz 7**

18.7.1 [1]Diese Behandlungsform ist keine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 19 bis 21 und bedarf daher keines Gutachterverfahrens. [2]Die Aufwendungen sind angemessenen bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind.

18.8 **Zu Absatz 8**

18.8.1 Anfallende Telefon- oder Internetkosten für das internetgestützte Therapieverfahren gehören nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

18.9 Zu Absatz 9 (bleibt frei)

19 **Zu § 19 Psychosomatische Grundversorgung** (bleibt frei)

20 **Zu § 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**
(bleibt frei)

21 **Zu § 21 Verhaltenstherapie** (bleibt frei)

22 **Zu § 22 Arznei- und Verbandmittel**

22.1 [1]Die Verordnung nach Satz 1 muss vor dem Kauf des Arznei- und Verbandmittels erfolgen. [2]Gewährte zuordnungsfähige Rabatte sind zu berücksichtigen.

22.2 [1]Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der Ärztin, des Arztes, der Zahnärztin, des Zahnarztes, der Heilpraktikerin oder des Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. [2]Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

22.3 [1]Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig. [2]Das gilt nicht für solche Medizinprodukte, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktion zum Zwecke

a) der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten,
b) der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Verletzungen,
c) der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs

dienen und deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht wird, deren Wirkungsweise aber durch solche Mittel unterstützt werden kann. [3] Zu Medizinprodukten gehören auch Produkte, die einen Stoff oder eine Zubereitung aus Stoffen enthalten oder auf solche aufgetragen sind, die bei gesonderter Verwendung als Arzneimittel im Sinne des § 2 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG) angesehen werden können und die in Ergänzung zu den Funktionen des Produktes eine Wirkung auf den menschlichen Körper entfalten können.

22.4 Die beihilfefähigen Medizinprodukte sind abschließend in einer Übersicht als Anhang 4 aufgeführt.

22.5 Ein Medizinprodukt, welches im Hinblick auf seine therapeutische Zweckbestimmung derjenigen eines Arzneimittels entspricht, das nach der Verordnung nicht beihilfefähig ist, ist ebenfalls nicht beihilfefähig.

22.6 [1]Medizinprodukte sind nicht beihilfefähig, wenn bei ihrer Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. [2]Ausgeschlossen sind ins-

besondere Medizinprodukte, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.

22.7 [1]Grundsätzlich sind nur verschriebene Arzneimittel beihilfefähig, es sei denn, bei deren Anwendung steht eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund. [2]Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. [3]Die von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Arzneimittel und Wirkstoffe sind in Anlehnung an § 34 Absatz 1 Satz 6 bis 8 SGB V im Anhang 5 aufgeführt.

22.8 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z. B. D-Fluoretten, Vigantoletten) bei Säuglingen und Kleinkindern.

22.9 [1]Ausnahmsweise sind Aufwendungen für ärztlich verordnete enterale Ernährung (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der normalen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen.
[2]Solche Ausnahmefälle liegen insbesondere vor bei:

- Ahornsirupkrankheit,
- Colitis ulcerosa,
- Kurzdarmsyndrom,
- Morbus Crohn,
- Mukoviszidose,
- Phenylketonurie,
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom),
- Tumortherapien (auch nach der Behandlung),
- postoperativer Nachsorge,
- angeborene Defekte im Kohlenhydrat- 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,
- Multipler Nahrungsmittelallergie.

22.10 [1]Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr) mit Kuhmilcheiweißallergie beihilfefähig. [2]Dies gilt ferner für einen Zeitraum von einem halben Jahr bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

22.11 Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nach § 43 Absatz 3 sind nur bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres beihilfefähig, es sei denn, sie werden unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.

22.12 [1]Festbeträge für Arzneimittel nach § 35 Absatz 1 SGB V werden für Arzneimittelgruppen festgelegt, die denselben Wirkstoff, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen und therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen umfassen. [2]Dabei sind die unterschiedlichen Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. [3]Weiterhin muss sichergestellt sein, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen.

22.13 Grundlage für die Ermittlung des beihilfefähigen Festbetrages bildet die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 35a Absatz 5 SGB V zu erstellende und bekannt zu gebende Übersicht über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel, die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information abruffähig im Internet veröffentlicht wird (www.dimdi.de).

22.14 Abweichend von Satz 4 Buchstabe a bis e sind Arzneimittel zu Satz 4 Buchstabe a bis e
a) für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr,
b) für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr und
c) bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Medikation beihilfefähig.

23 Zu § 23 Heilmittel

23.1 Zu Absatz 1

23.1.1 [1]Die in Anlage 3 zu § 23 Absatz 1 genannten Personen sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht. [2]Bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich

anerkannte Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlass vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499) als beihilfefähig anerkannt werden. [3]Zu den im Absatz 1 genannten vergleichbar qualifizierten Personen gehören staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen und Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157) im Rahmen der Anlage 4 zu § 23 Absatz 1, Abschnitt VIII. (Logopädie). [4]Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Personen in ihrem Beruf erbringen. [5]Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagoginnen und Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrerinnen und Eurhythmielehrern, Eutoniepädagoginnen und -therapeutinnen und Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrerinnen und Gymnastiklehrern, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten, Maltherapeutinnen und Maltherapeuten, Montessoritherapeutinnen und Montessoritherapeuten, Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten, Sonderschullehrerinnen und Sonderschullehrern und Sportlehrerinnen und Sportlehrern erbracht werden.

23.1.2 [1]Beihilfefähig sind grundsätzlich nur Aufwendungen für die in Anlage 4 zu § 23 Absatz 1 genannten Heilmittel. [2]Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilmittel, die weder in Anlage 4 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung.

23.1.3 Aufwendungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu-Therapie, Akupressur u. ä., gehören nicht zu den Heilmitteln der Anlage 4 zu § 23 Absatz 1.

23.1.4 [1]Bei den in Anlage 4 aufgeführten Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge. [2]Aufwendungen darüber hinaus sind nicht beihilfefähig.

23.1.5 Im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme sind die Aufwendungen nach Maßgabe der Anlagen 3 und 4 zu § 23 beihilfefähig.

23.1.6 [1]Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen (z. B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagsschulen, Behindertenwerkstätten und Einrichtungen nach Nr. 32.2.2 der Verwaltungsvorschrift), sind die Aufwendungen für Heilmittel nur beihilfefähig, sofern sie durch eine in Anlage 3 genannte Person durchgeführt werden und zu den in Anlage 4 genannten Höchstbeträgen. [2]Art und Umfang der durchgeführten Heilmittel sind nachzuweisen. [3]Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilmittel

oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig. [4]Wird an Stelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig. [5]Platzfreihaltegebühren für teilstationäre Betreuung sind nicht beihilfefähig. [6]Bei stationärer Betreuung gilt Nummer 32.2.3 der Verwaltungsvorschrift.

23.2 **Zu Absatz 2** (bleibt frei)

24 **Zu § 24 Komplextherapien**

24.1 **Zu Absatz 1**

24.1.1 [1]Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls nichtärztliches Personal durchgeführt werden. [2]Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. [3]Zu den Komplextherapien gehören u. a. Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitustherapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen, Adipositasschulungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 SGB IX.

24.1.2 [1]Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) erbringen unter ständiger ärztlicher Leitung spezialisierte ärztliche und nichtärztliche Leistungen, die immer dann angezeigt sind, wenn Art, Schwere und Dauer einer Erkrankung eines Kindes durch eine niedergelassene Kinderärztin oder einen niedergelassenen Kinderarzt und/oder eine Frühförderstelle alleine nicht ausreichend behandelt werden können. [2]Die Indikation für eine SPZ-Behandlung erfolgt durch die Kinderärztin oder den Kinderarzt. [3]Sozialpädiatrische Leistungen sind Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die pauschaliert vergütet werden. **[4]**Die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen, die nach § 24 Absatz 2 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind, werden über den Sozialhilfeträger abgerechnet. **[5]**Da mit der Quartalspauschale der SPZ ausschließlich die medizinischen Leistungen der Therapie in Rechnung gestellt werden, ist sie als beihilfefähig anzuerkennen. **[6]**Dabei ist 24.1.3 zu beachten.

24.1.3 Die angemessene Höhe entspricht der Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen zu tragen sind.

24.1.4 Komplextherapien umfassen keine Soziotherapien und die psychiatrische Krankenpflege sowie Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1.

24.2 **Zu Absatz 2** (bleibt frei)

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

25.1 Zu Absatz 1

25.1.1 [1]Die Beihilfefähigkeit eines Gegenstandes als Hilfsmittel, der Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle oder Körperersatzstücke richtet sich in erster Linie danach, ob der Gegenstand in Anlage 5 oder 6 aufgeführt ist. [2]In Anlage 5 sind die beihilfefähigen und in Anlage 6 die nicht beihilfefähigen Gegenstände enthalten. [3]Zu einzelnen Positionen vermerkte Maßgaben können die Beihilfefähigkeit auf bestimmte Indikationen oder Personengruppen beschränken.

25.1.2 [1]Die Anlagen enthalten Oberbegriffe, die mehrere Ausführungen erfassen können. [2]Angesichts der Vielzahl der auf dem Markt der Medizintechnik angebotenen Produkte und schnellen Entwicklung neuer Modelle ist ein vollständiges Verzeichnis aller Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke oder sogar aller von den Herstellern auf den Markt gebrachten Modelle und Modellvarianten weder möglich noch zweckmäßig. [3]Es muss daher in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Gegenstand unter einen der Oberbegriffe der Anlage 5 oder 6 fällt.

25.1.3 [1]Das vom Finanzministerium Rheinland-Pfalz als Datenbank (http://www.fm.rlp.de) geführte „Hilfsmittelverzeichnis“ (HMV) kann mit seinen Erläuterungen für die Praxis nützliche Erläuterungen zur Funktionsweise und einen Anhaltspunkt für die Subsumierung unter die Oberbegriffe der Anlagen 5 und 6 geben. [2]Die Festsetzungsstellen sind an Eintragungen im HMV jedoch rechtlich nicht gebunden. [3]Maßgebliche Rechtsquelle für die Beihilfefestsetzung ist nur die Landesbeihilfeverordnung. [4]Bei der Ausfüllung des verbleibenden Beurteilungsspielraums ist das HMV eine wertvolle Hilfe, kann aber nicht als Rechtsgrundlage für Entscheidungen dienen.

25.1.4 [1]Im Regelfall ergibt sich die Erforderlichkeit aus der ärztlichen Verordnung und bedarf daher keiner näheren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. [2]Hat die Festsetzungsstelle jedoch Zweifel, ist sie nicht gehindert, zusätzliche Ermittlungen anzustellen z. B. nähere Begründung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt oder Einholung eines Gutachtens. [3]Das gilt insbesondere dann, wenn sie Anhaltspunkte dafür hat, dass ein gleichwertiger Erfolg auch mit einem preisgünstigeren Hilfsmittel erreicht werden kann. [4]Bestätigt sich das, sind die Mehrkosten für das aufwendigere Hilfsmittel nicht „erforderlich“ im Sinne von Absatz 1 Satz 1.

25.1.5 [1]Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände ein. [2]Aufwendungen für Reparaturen

der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie der Körperersatzstücke sind ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

25.2 **Zu Absatz 2** (bleibt frei)

25.3 **Zu Absatz 3**

25.3 1. [1]Der Vergleich von Miete und Anschaffung sollte auf Grundlage des ärztlich verordneten zeitlichen Rahmens der Behandlung erfolgen. [2]Versorgungspauschalen für gemietete Hilfsmittel sind grundsätzlich als Teil der Miete anzusehen. [3]Soweit einzelne Positionen als nicht beihilfefähig erkennbar sind, sind diese in Abzug zu bringen.

25.4 **Zu Absatz 4**

25.4.1 Das Einvernehmen der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung gilt allgemein als erteilt, wenn die Aufwendungen nicht mehr als 600 Euro betragen.

25.5 **Zu Absatz 5**

25.5.1 [1]Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen sind für Erwachsene ab vollendetem 18. Lebensjahr nicht beihilfefähig. [2]Alle übrigen Aufwendungen für Betrieb und Unterhalt von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie im Kalenderjahr 100 Euro übersteigen. [3]Für entsprechende Kosten zu Körperersatzstücken ist diese Grenze nicht anzuwenden.

26 **Zu § 26 Krankenhausleistungen**

26.1 **Zu Absatz 1**

26.1.1 [1]Aufwendungen für den Investitionszuschlag nach § 14 Absatz 8 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV), den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen berechnen, sind beihilfefähig. [2]Beihilfefähig sind auch die Zuschläge, die entsprechend dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder dem Krankenhausentgeltgesetz in Rechnung gestellt werden können, wie z. B. DRG-Systemzuschlag, Sicherstellungszuschlag, Qualitätssicherungszuschlag, Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen, Zuschlag für Arzt im Praktikum und berechenbare Zusatzentgelte.

26.1.2 [1]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. [2]Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet, kann für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)), auf der Basis des § 17 b Absatz 1 Satz 4 KHG ein Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen, der auf einer Vereinbarung zwischen dem AOK-Bundesverband, den Ersatzkassen sowie dem PKV-Verband einerseits sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft anderseits basiert, verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. [3]Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts beihilfefähig. [4]Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. [5]Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 13,00 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

26.1.3 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 18 KHEntgG oder § 23 BPflV sind neben den wahlärztlichen Leistungen gemäß Absatz 2 nach § 17 KHEntgG oder § 22 BPflV beihilfefähig.

26.2 **Zu Absatz 2**

26.2.1 Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.

26.2.2 Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig.

26.2.3 [1]Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die BPflV oder das KHEntgG nicht anwenden. [2]Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

26.2.4 Aufwendungen für in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag sind nicht berechnungsfähig und damit nicht beihilfefähig.

26.2.5 Für die Prüfung der Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen gemäß § 6 Absatz 1 kann die Festsetzungsstelle die Wahlarztvereinbarungen bei der oder dem Beihilfeberechtigten anfordern.

26.3 **Zu Absatz 3**

26.3.1 [1]Für die Vergleichsberechnung bei Behandlung in Krankenhäusern, die weder in den Geltungsbereich des KHEntgG noch in den der BPflV fallen, sind zur Ermittlung der beihilfefähigen Aufwendungen den allgemeinen Krankenhausentgelten der Hauptabteilung des maßgebenden Krankenhauses der Maximalversorgung (§ 2 Absatz 2 KHEntgG, § 2 BPflV) die von der Privatklinik in Rechnung gestellten allgemeinen Krankenhausleistungen (Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen) gegenüber zu stellen, dabei ist immer auf den Behandlungsfall abzustellen. [2]In den Kostenvergleich sind keine wahlärztlichen Leistungen einzubeziehen. [3]Zuschläge für bessere Unterkunft können in die Vergleichsberechnung nur einbezogen werden, wenn die Privatklinik eine bessere Unterbringung anbietet und diese auch in Rechnung gestellt hat.

26.3.2 [1]Bei einer Behandlung in einer Privatklinik für psychische und psycho-somatische Erkrankungen sind die Entgelte nach der BPflV für einen Kostenvergleich maßgebend, dabei wird immer auf den Behandlungsfall abgestellt. [2]Bei diesem Kostenvergleich sind alle von der Privatklinik in Rechnung gestellten Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen den Kosten für Basis- und Abteilungspflegesatz des maßgebenden Krankenhauses der Maximalversorgung gegenüber zu stellen. [3]In den Kostenvergleich sind neben dem Basis- und Abteilungspflegesatz Zuschläge für bessere Unterkunft nur einzubeziehen, wenn die Privatklinik eine bessere Unterbringung anbietet und diese auch in Rechnung gestellt hat. [4]Wahlärztliche Leistungen sind nicht in den Kostenvergleich einzubeziehen.

26.3.3 Bei Krankenhäusern der Maximalversorgung wird unterstellt, dass grundsätzlich für jedwede Erkrankung eine objektive Behandlungsmöglichkeit gegeben ist.

26.3.4 Sofern bekannt ist, dass Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige sich in Kliniken behandeln lassen, die weder das KHEntgG noch die BPflV anwenden, erscheint es angezeigt, sie darüber zu informieren, dass möglicherweise hohe nicht gedeckte Kosten verbleiben.

26.3.5 Für die Prüfung der Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen gemäß § 6 Absatz 1 kann die Festsetzungsstelle die Behandlungsverträge bei der oder dem Beihilfeberechtigten anfordern.

26.4 **Zu Absatz 4** (bleibt frei)

27 **Zu § 27 Häusliche Krankenpflege**

27.1 **Zu Absatz 1**

27.1.1 Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie gegebenenfalls der Behandlungspflege bedürfen.

27.1.2 Die ärztliche Verordnung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.

27.1.3 [1]Bei einer häuslichen Krankenpflege sind die Aufwendungen angemessen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger. [2]Dabei ist es ausreichend, wenn die Pflegedienstleister bestätigen, dass die abgerechneten Sätze ortsüblich sind und in dieser Höhe auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. [3]Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine von der Ärztin oder dem Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.

27.1.4 [1]Andere geeignete Orte für eine häusliche Krankenpflege sind Orte, an denen sich die oder der zu Pflegende regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. [2]Solche Orte können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.

27.1.5 [1]Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Sätze nach 27.1.3 beihilfefähig. [2]Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

27.2 **Zu Absatz 2**

27.2.1 [1]Behandlungspflege sind Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können. [2]Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen, Beatmungspflege.

27.2.2 [1]Grundpflege umfasst die Grundverrichtungen des täglichen Lebens. [2]Dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.

27.2.3 [1]Hauswirtschaftliche Versorgung sind Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind. [2]Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.

27.2.4 Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro/tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
- Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens/Zu-Bett-Gehens,
- Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens.

27.2.5 Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind:

- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

27.2.6 Für denselben Zeitraum ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen, es sei denn, die Maßnahmen ergänzen ihre jeweils spezifische Zielsetzung.

27.3 **Zu Absatz 3** (bleibt frei)

28 **Zu § 28 Familien- und Haushaltshilfe**

28.1 **Zu Absatz 1**

28.1.1 [1]Als angemessen gelten die Sätze, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. [2]Dabei ist es ausreichend, wenn die Familien- und

Haushaltshilfe bestätigt, dass der in dieser Höhe abgerechnete Satz dem anerkannten Satz der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

28.1.2 Die Voraussetzungen sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt nach § 26 durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.

28.2 **Zu Absatz 2**

28.2.1 [1]Die Notwendigkeit für eine Familien- und Haushaltshilfe für die ersten 28 Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung liegt nur dann vor, wenn die oder der Erkrankte nach einer stationären oder ambulanten Operation die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht – auch nicht teilweise – wieder übernehmen kann. [2]Entsprechendes gilt für allein stehende beihilfeberechtigte Personen.

28.2.2 Der Verweis im Satz 3 auf Satz 1 bezieht sich auf die beihilfefähigen Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe und bestimmt dabei nicht den zeitlichen Rahmen.

28.3 **Zu Absatz 3** (bleibt frei)

29 **Zu § 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland**

29.1 **Zu Absatz 1**

29.1.1 Die Bezeichnung Elternteil schließt sowohl die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten selbst als auch die berücksichtigungsfähige Angehörige oder den berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein.

29.1.2 Für Beihilfeberechtigte nach § 3 bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Entgeltsätzen.

29.2 **Zu Absatz 2** (bleibt frei)

29.3 **Zu Absatz 3**

29.3.1 Der Bezug auf Absatz 2 Satz 1 bezieht sich auf die Nichtgewährleistung einer sachgemäßen ärztlichen Versorgung am Dienstort und nicht auf den Fall des Absatzes 2 (Geburtsfall).

30 **Zu § 30 Soziotherapie**

30.0 Allgemeine Hinweise zur Zielrichtung und Ausgestaltung der Soziotherapie

30.0.1 [1]Die Regelung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie orientiert sich an § 37a SGB V. [2]Nach § 37a Absatz 2 SGB V bestimmen sich Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23. August 2001, BAnz. S. 23735 vom 21. November 2001, die am 1. Januar 2001 in Kraft getreten sind.

[3]Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. [4]Soziotherapie soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. [5]Sie soll der Patientin oder dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; die Patientin oder der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. [6]Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. [7]Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.

[8]Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten statt und umfasst die Koordination der im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen. [9]Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der den Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang zu ihrer Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.

30.1 Beihilfefähigkeit der Soziotherapie

30.1.1 Soziotherapie ist grundsätzlich beihilfefähig, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

30.1.2 Die Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung nach Nummer 30.2 mit Fähigkeitsstörungen aus allen in Nummer 30.3 aufgeführten Bereichen (wobei innerhalb der einzelnen Bereiche jeweils eine Störung ausreicht) und einem Schweregrad, der den Wert 40 auf der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) nicht überschreitet.

30.2 Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nrn.: F 20.0 – 20.6 (Schizophrenie), 21 (schizotype Störung), 22 (anhaltende wahnhafte Störung), 24

(induzierte wahnhafte Störung) und 25 (schizoaffektive Störung)) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nrn.: F 31.5 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung), 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) und 33.3 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung)).

30.3 Die Erkrankungen, die der Soziotherapie bedürfen, sind gekennzeichnet durch folgende Fähigkeitsstörungen:

30.3.1 Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges.

30.3.2 Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit.

30.3.3 Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens.

30.3.4 Mangelnde Compliance (Therapietreue) im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

30.4 [1]Die Beihilfefähigkeit der Soziotherapie setzt voraus, dass die Patientin oder der Patient die Therapieziele erreichen kann. [2]Deshalb soll die Patientin oder der Patient über die hierzu notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten. [3]Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn bei der Patientin oder dem Patienten keine langfristige Verminderung der in Nummer 30.3 genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

30.5 [1]Wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung der Soziotherapie vorliegen, sind die im Folgenden aufgeführten Leistungen beihilfefähig, die die Patientin oder den Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen:

- Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans,
- Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen,
- Arbeit im sozialen Umfeld,
- Soziotherapeutische Dokumentation.

[2]Darüber hinaus können die Aufwendungen für folgende Maßnahmen als beihilfefähig anerkannt werden:

- Motivations- (antriebs-) relevantes Training,

- Training zur handlungsrelevanten Willensbildung,
- Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung,
- Hilfe in Krisensituationen.

30. 6 Anerkennung und Umfang der Beihilfefähigkeit

30.6.1 Die Verordnung von Soziotherapie dürfen Ärztinnen und Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen.

30.6.2 [1]Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Soziotherapie ist die Motivierung der Patientin oder des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. [2]Zur Erreichung dieses Zieles stehen den soziotherapeutischen Leistungserbringern maximal drei Therapieeinheiten zur Verfügung. [3]Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie kommt.

30.6.3 [1]Lässt es sich nicht erreichen, dass die Patientin oder der Patient die Überweisung zu einer Ärztin oder einem Arzt wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie durch eine genannte Ärztin oder einen genannten Arzt, sind die maximal drei von einer soziotherapeutischen Leistungserbringerin oder einem soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch beihilfefähig.

30.6.4 [1]Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. [2]Es können insgesamt höchstens bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von höchstens drei Jahren als beihilfefähig anerkannt werden. [3]Unter einem Krankheitsfall ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in den Nummern 30.1.2 bis 30.4 aufgeführten Indikationen von bis zu drei Jahren zu verstehen.

30.6.5 Als beihilfefähig anerkannt werden können je Verordnung bis maximal 30 Therapieeinheiten, höchstens jedoch so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.

30.6.6 [1]Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. [2]Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. [3]Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.

30.6.7 [1]Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. [2]Soziotherapie kann in Absprache von Ärztin oder Arzt und Leistungserbringerin oder Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. [3]Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielset-

zung einer Sitzung bis zu zwölf Teilnehmerinnen oder Teilnehmer umfassen. [4]Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten. [5]Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Soziotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.

30.6.8 [1]Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie erlischt, wenn sich im Laufe der Behandlung herausstellt, dass die Patientin oder der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann und die Behandlung aus diesem Grunde beendet wird. [2]Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele.

30.6.9 Wird während der Soziotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Soziotherapie nach dem Betreuungsplan nicht möglich macht, umfasst die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie auch den Kontakt der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers der Soziotherapie mit der Patientin oder dem Patienten, um eine möglichst frühzeitige Entlassung zu erreichen und in Absprache mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Soziotherapie sicherzustellen.

30.6.10 Die Leistungserbringung und die Höhe der Vergütung richtet sich nach den geschlossenen Verträgen des § 132b des SGB V.

31 **Zu § 31 Fahrtkosten**

31.1 **Zu Absatz 1**

31.1.1 [1]Rettungsfahrten umfassen Aufwendungen für Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschrauber. [2]Da in der Regel vor der Beauftragung einer Rettungsfahrt keine ärztliche Entscheidung herbeigeführt werden kann, ist die Beihilfefähigkeit von Rettungsfahrten immer gegeben. [3]Auf den Umfang der im Krankenhaus eingeleiteten Maßnahmen kommt es dabei nicht an.

31.2 **Zu Absatz 2**

31.2.1 [1]Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt mit der Verordnung der Beförderung. [2]Aufwendungen sind für die Hin- und Rückfahrt gesondert zu prüfen, insbesondere ist dabei der aktuelle Gesundheitszustand der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen und ihre oder seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

31.2.2 Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächst

gelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

31.2.3 [1]Fahrtkosten zu einer ambulanten Krankenbehandlung nach Nummer 3 können in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig sein. [2]Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Zustimmung der Festsetzungsstelle. [3] Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen sind beihilfefähig, wenn

a) Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen “aG“ (außergewöhnliche Gebehinderung); “BI“ (blind) oder “H“ (hilflos) vorlegt oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen,
b) vorübergehend vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach den Kriterien von Buchstabe a) vorliegen oder
c) Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.

31.2.4 [1]Die Voraussetzungen der Nummer 6 sind erfüllt, wenn aus der Sicht der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens im Zeitpunkt der Verordnung erforderlich war. [2]Auf die tatsächliche Betreuung oder Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens kommt es nicht an.

31.2.5 [1]Aufwendungen für Besuchsfahrten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. [2]Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines ins Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist. [3]Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend.

31.3 **Zu Absatz 3**

31.3.1 [1]Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist grundsätzlich auf notwendige Aufwendungen in angemessenem Umfang begrenzt. [2]Das bedeutet, dass Aufwendungen, die durch einen krankheitsbedingt erforderlichen Rücktransport anlässlich einer privaten Reise veranlasst werden, nicht beihilfefähig sind. [3]Grundsätzlich sind Reisekosten anlässlich Behandlungen außerhalb der Europäischen Union und Rückbeförderungen wegen Erkrankung während der Urlaubsreise auch von Urlaubsorten innerhalb der Europäischen Union nicht beihilfefähig. [4]Da die Wahl von Behandlungsorten außerhalb der Europäischen Union und von Urlaubsorten in der Einflusssphäre der oder des Beihilfeberechtigen und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen liegt, ist eine Fürsorgeleistung des Dienstherrn grundsätzlich nicht geboten. [5]Die Ausnahmeregelung nach Nummer 2 Satz 2 soll in den seltenen Fällen, in denen eine medizinische Behandlung in Staaten der Europäischen Union nicht erfolgen

kann, die Möglichkeit eröffnen, Fahrtkosten zu erstatten. [6]Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.

31.4 **Zu Absatz 4**

31.4.1 Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann als beihilfefähig zu berücksichtigen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können.

31.5 **Zu Absatz 5**

31.5.1 [1]Die Beihilfeberechtigten sollen, sofern keine sofortige Ausreise geboten ist, grundsätzlich vor Antritt der Reise die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Beförderungskosten bei der Festsetzungsstelle beantragen. [2]Ist die vorherige Anerkennung unterblieben, entscheidet die Festsetzungsstelle, ob ein begründeter Einzelfall im Sinne von Absatz 5 Satz 2 vorliegt, der die nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Beförderungskosten rechtfertigt.

32 **Zu § 32 Unterkunftskosten**

32.1 **Zu Absatz 1**

32.1.1 [1]Die Aufwendungen sind nur bei notwendiger auswärtiger Behandlung beihilfefähig. [2]Diese Voraussetzung ist grundsätzlich nur dann gegeben, wenn die Behandlung nicht am Wohnort erfolgen kann.

32.2 **Zu Absatz 2**

32.2.1 [1]Absatz 2 setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung (stationäre Unterbringung) voraus. [2]Eine Unterbringung nur tagsüber (teilstationäre Unterbringung) reicht nicht aus. [3]Bei teilstationärer Unterbringung ist diese Regelung nicht anzuwenden.

32.2.2 [1]Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und Behinderten dienen, können insbesondere Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangsheime für Suchtkranke sein. [2]Voraussetzung ist, dass die Unterbringung anlässlich der Anwendung von Heilmitteln nach § 23 erforderlich ist.

32.2.3 [1]Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für die Unterbrechungen durch Krankheit der oder des Behandelten erhoben werden, sind bis zu insgesamt 5,50 Euro täglich beihilfefähig. [2]Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person der behandelten Person liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.

32.3 **Zu Absatz 3**

32.3.1 [1]Die Hinweise zu den Absätzen 1 und 2 gelten für Beihilfeberechtigte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen entsprechend. [2]Die Behandlung außerhalb des Gastlandes ist als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Behandlung im Gastland nicht oder nicht mit gleicher Erfolgsaussicht erfolgen kann.

32.3.2 Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der Unterkunftskosten gilt auch für eine gegebenenfalls erforderliche Begleitperson.

33 **Zu § 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten**

33.1 [1]Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn kann es in besonderen Einzelfällen erfordern, eine Beihilfe zu den Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach den jeweiligen Bemessungssätzen zu erstatten (BVerfG, Urteil vom 6.12.2005 – 1 BvR 347/98). [2]Diese Verpflichtung besteht konkret dann, wenn

1. sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer bestimmten Krankheit noch nicht herausgebildet hat oder
2. das anerkannte Heilverfahren nicht angewendet werden darf oder
3. ein solches bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist.

[3]Darüber hinaus muss in diesen Fällen die nicht ganz entfernt liegende Möglichkeit bestehen, dass die nicht wissenschaftlich anerkannte Methode zu einer erkennbaren Linderung der Krankheitsfolgen führt. [4]Es ist somit nicht erforderlich, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit der Heilung, der Verlängerung der Lebensdauer oder der Verbesserung der Lebensqualität besteht. [5]Eine reale Chance reicht aus. [6]Die Festsetzungsstelle entscheidet über das Vorliegen der Voraussetzungen. [7]Sie kann dazu auf ihre Kosten eine ärztliche Stellungnahme einholen.

34 **Zu § 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlung**

34.1 **Zu Absatz 1**

34.1.1 [1]Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem der Anschlussrehabilitation. [2]Im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsleistungen kommen Behandlungen in direktem Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt oder an damit in Zusammenhang stehende ambulante ärztliche Leistungen in Betracht, wenn diese medizinisch erforderlich sind, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen - zum Beispiel nach einem Unfall oder Schlaganfall.

34.1.2 [1]Eine Anschlussheilbehandlung soll sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung oder an die im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung stehende ambulante ärztliche Behandlung anschließen. [2]Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

34.2 **Zu Absatz 2**

34.2.1 [1]Über die Beihilfefähigkeit entscheidet die Festsetzungsstelle im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens (s. Absatz 3 Satz 3). [2] Die Suchtbehandlung kann entweder als medizinische Rehabilitation oder als Entwöhnung durchgeführt werden. [3]Die Vorschrift sieht die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen sowohl für stationäre als auch für ambulante Maßnahmen vor.

34.2.2 [1]Aufwendungen für die ambulante Nachsorge sind grundsätzlich angemessen, wenn sie nach einer Bestätigung der Einrichtung in gleicher Höhe auch von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen werden. [2]Absatz 2 lässt jedoch Raum für besonders begründete Einzelfallentscheidungen der Festsetzungsstelle.

34.3 **Zu Absatz 3**

34.3.1 [1]Aufwendungen für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet sind. [2]Die ärztliche Verordnung muss Angaben zu Art, Dauer und Inhalt der beabsichtigten Maßnahme enthalten. [3]Um eine unvoreingenommene Beurteilung der Notwendigkeit der Maßnahme sicher zu stellen, darf die Verordnung nicht von der die Maßnahme durchführenden Einrichtung stammen. [4]Die Notwendigkeit einer Verlängerung der Maßnahme ist von der durchführenden Einrichtung festzustellen.

34.3.2 [1]Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle bei Suchtbehandlungen dient dem Schutz der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähiger Angehöriger und der Rechtssicherheit, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, vor Entstehung der regelmäßig hohen Aufwendungen auf etwaige Bedenken gegen deren Notwendigkeit und Angemessenheit (§ 6) hinzuweisen. [2]Sofern in begründeten Ausnahmefällen, z. B. wegen Eilbedürftigkeit einer Maßnahme, eine vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle nicht eingeholt werden kann, kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

34.3.3 [1]Die Einrichtungen, in denen die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt werden, müssen für die Durchführung der Maßnahme geeignet sein. [2]Einrichtungen können ohne weitere Prüfung als geeignet angesehen werden, wenn sie die Voraussetzungen für die Anerkennung der Maßnahme durch Träger der Sozialversicherung (z. B. Träger der Kranken-, der Renten- oder gegebenenfalls auch der Unfallversicherung) bieten.

34.4 **Zu Absatz 4**

34.4.1 [1]Durch diese Norm wird festgelegt, dass für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen die §§ 26 (Krankenhausleistungen) und 31 (Fahrtkosten) entsprechend gelten. [2]Damit wird z. B. klargestellt, dass für stationäre Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sowohl die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson (§ 26 Absatz 1 Nummer 3) als auch Wahlleistungen für den in § 108 LBG genannten Personenkreis nach § 26 Absatz 2 beihilfefähig sind. [3]Vergleichsberechnungen sind nicht erforderlich.

35 **Zu § 35 Rehabilitationsmaßnahmen**

35.1.1 **Zu Absatz 1 Nummer 1**

35.1.1.1 [1]Eine Einrichtung ist grundsätzlich als geeignet zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen anzusehen, wenn sie zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen für Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung zugelassen ist, sowie vergleichbare Privatkliniken. [2]Ein Kostenvergleich ist nicht erforderlich.

35.1.1.2 [1]Bei der Durchführung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. [2]Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich ist. [3]Dies kann notwendig sein, wenn

- wegen schwerwiegender psychologischer Gründe eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der stationären Maßnahme gefährden würde, oder
- Betroffene wegen einer schweren Behinderung, z. B. Blindheit, einer ständigen Hilfe bedürfen, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder
- während der stationären Maßnahme eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

[4]Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss vor der beihilferechtlichen Anerkennung der stationären Rehabilitationsmaßnahme bestätigen, dass die Anwesenheit einer Begleitperson für den Erfolg der Behandlung dringend geboten ist.

35.1.2 **Zu Absatz 1 Nummer 2**

35.1.2.1 [1]Aufwendungen für Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen werden nur als beihilfefähig anerkannt, wenn sie in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 SGB V als gleichwertig

anerkannten Einrichtung durchgeführt werden. [2]Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht. [3]Sofern die Aufwendungen in pauschalen Tagessätzen abgerechnet werden, sind auch die Aufwendungen des nicht behandlungsbedürftigen Kindes in voller Höhe beihilfefähig.

35.1.2.2 [1]Für Kinder, die bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in die Einrichtung mit aufgenommen werden, gleichwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z. B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter oder Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). [2]Aufwendungen für das Kind sind der Mutter oder dem Vater zuzurechnen.

35.1.2.3 [1]Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, so handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme. [2]In diesem Falle kann eine stationäre Rehabilitation für das Kind beihilfefähig sein.

35.1.3 **Zu Absatz 1 Nummer 3**

35.1.3.1[1]Ziel der familienorientierten Rehabilitation nach Absatz 1 Nummer 3 ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. [2]Deshalb ist bei ärztlich verordneter familienorientierter Rehabilitation nach Nummer 3 kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich.

35.1.4 **Zu Absatz 1 Nummer 4**

35.1.4.1 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der Nummer 4 sind nur bei aktiven Beamtinnen und Beamten beihilfefähig.

35.1.4.2 [1]Die Verzeichnisse der anerkannten Kurorte sind als Anhänge 6 und 7 beigefügt. [2]Soweit Beihilfeberechtigte die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem nicht-deutschen Kurort innerhalb der Europäischen Union beantragen, der im Verzeichnis der anerkannten Kurorte nicht enthalten ist, trifft die Festsetzungsstelle die Entscheidung über die Anerkennung des Ortes als Kurort. [3]Die oder der Beihilfeberechtigte hat Unterlagen, die zur Entscheidung erheblich sind, vorzulegen. [4]Die Anerkennung des Ortes als Kurort ist der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung mitzuteilen.

35.1.5 **Zu Absatz 1 Nummer 5**

35.1.5.1 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind auch beihilfefähig, wenn sie von Einrichtungen durchgeführt werden, die der stationären Rehabilitation dienen.

35.1.6 **Zu Absatz 1 Nummer 6**

35.1.6.1 Beihilfefähig im Sinne dieser Vorschrift sind ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der in Anhang 8 enthaltenen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 in der Fassung vom 1. Januar 2007.

35.1.6.2 Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder allgemeine Fitness-Übungen.

35.2 **Zu Absatz 2**

35.2.1 Die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 steht der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen nach den §§ 14 bis 21 nicht entgegen, unabhängig davon, ob sie in Zusammenhang mit oder unabhängig von der Rehabilitationsmaßnahme erforderlich sind.

35.2.2 [1]Aus den Vorschriften über die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten ergibt sich, dass es den Beihilfeberechtigten oder ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen überlassen bleibt, welche Beförderungsmittel sie nutzen. [2]Der Höchstbetrag von 200 Euro gilt für die gesamten Fahrtkosten (An- und Abreise) und unabhängig vom benutzten Verkehrsmittel. [3]Das bedeutet, dass die Bezugnahme auf das Bundesreisekostengesetz (BRKG) bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs lediglich die Höhe des beihilfefähigen Betrags je gefahrenen Kilometers entsprechend § 5 Absatz 1 BRKG (z. Zt. 20 Cent je km) regelt. [4]Die darüber hinaus in § 5 Absatz 1 BRKG genannten Höchstbeträge von 130 Euro oder 150 Euro finden jedoch keine Anwendung. [5]Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Begleitpersonen ist unerheblich, in welchem Verhältnis sie zu der oder dem Beihilfeberechtigten oder der oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen stehen, die oder der rehabilitiert wird.

35.2.3 [1]Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitation bis zu 21 Tagen beihilfefähig. [2]Ergibt sich im Verlauf der stationären Rehabilitation, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der stationären Rehabilitation durch die Festsetzungsstelle auch aufgrund eines fachärztlichen Gutachtens der in der Einrichtung behandelnden Ärztin oder des in der Einrichtung behandelnden Arztes erfolgen. [3]Satz 1 gilt nicht für die stationäre Rehabilitation bei Kindern.

35.2.4 Führen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in der gleichen Einrichtung eine stationäre Rehabilitation durch, zählt dies bei Benutzung privater Personenkraftwagen als eine Fahrt.

35.2.5 Bei der Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme handelt es sich um “eine“ Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrtkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, wenn für das Kind gesonderte Fahrtkosten entstehen.

35.2.6 [1]Nach Nummer 4 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig. [2]Der Schlussbericht soll bestätigen, dass die Rehabilitationsmaßnahme ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. [3]Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

35.2.7 [1]Nummer 5 Buchstabe a dient der Klarstellung, dass lediglich die für die Behandlung erforderliche Unterbringung und Verpflegung beihilfefähig sind. [2]Beinhaltet der Tagessatz darüber hinaus Mehrkosten, die auf Wunsch der behandelten Person erbracht werden, sind diese nicht beihilfefähig.

36 Zu § 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

36.1 Zu Absatz 1

36.1.1 [1]Die Beihilfefähigkeit einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort oder einer stationären Rehabilitation in den genannten Fällen ist grundsätzlich vor Antritt anzuerkennen. [2]Die Festsetzungsstelle entscheidet, ob ein begründeter Einzelfall im Sinne von Absatz 1 Satz 4 vorliegt, der die nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Maßnahme rechtfertigt.

36.1.2 Die Aufwendungen des für das Anerkennungsverfahren einzuholenden Gutachtens sind durch die Festsetzungsstelle zu tragen.

36.1.3 Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1, 2 und 4 nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach den Abschnitten 1 und 2 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

36.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

36.3 Zu Absatz 3

36.3.1 [1]Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind und deren stationäre Rehabilitation nicht in der Europäischen Union durchgeführt werden kann, sind auch in einer Einrichtung außer-

halb der Europäischen Union beihilfefähig. [2]Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Einrichtung nach der Erklärung einer von der Festsetzungsstelle beauftragten Ärztin oder eines von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist. [3]Die Entscheidung über die Eignung trifft die Festsetzungsstelle. [4]Das gilt auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen der Beihilfeberechtigten nach Satz 1.

36.3.2 [1]Nummer 36.1.1 gilt auch für Rehabilitationsmaßnahmen der Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind, und deren berücksichtigungsfähige Angehörige. [2]Das Erfordernis, dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen, ermöglicht oder erleichtert die Beurteilung der Eignung der Einrichtung zur Erreichung des Rehabilitationsziels. [3]Werden die Unterlagen – gegebenenfalls auf Nachfrage – nicht vorgelegt, ermittelt die Festsetzungsstelle. [4]Nachteile, die sich aus der mangelnden Mitwirkung ergeben (z. B. durch die zeitliche Verzögerung des Anerkennungsverfahrens), gehen zu Lasten der oder des Beihilfeberechtigten.

36.3.3 [1]Aufwendungen für Reisekosten vom ausländischen Dienstort zum Ort der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union und zurück sind nur dann beihilfefähig, wenn die Reise zur Rehabilitationsmaßnahme und zurück nicht mit einer amtlich bezahlten Reise verbunden werden konnte. [2]Amtlich bezahlte Reisen in diesem Zusammenhang sind z. B. Reisen anlässlich eines Heimaturlaubs oder Dienstreisen. [3]Die Regelung konkretisiert für diese Fallgestaltung den Grundsatz aus § 6 Absatz 1 Satz 1, dass nur notwendige Aufwendungen beihilfefähig sind. [4]Wird die Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union im Rahmen einer amtlich bezahlten Reise ins Inland durchgeführt, sind die beihilfefähigen Reisekosten zwischen dem Aufenthaltsort während des Heimaturlaubs oder der Dienstreise und dem Ort der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 2 auf 200 Euro begrenzt.

36.3.4 [1]Die Begrenzung der beihilfefähigen Reisekosten nach § 35 Absatz 2 auf 200 Euro ist nicht anzuwenden bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. [2]Für diesen Personenkreis ist der besondere Bemessungssatz nach § 47 Absatz 5 zu beachten (Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100 Prozent der 200 Euro übersteigenden Aufwendungen für Fahrtkosten zu Rehabilitationsmaßnahmen).

37 **Zu § 37 Grundsatz** (bleibt frei)

38 **Zu § 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege** (bleibt frei)

39 **Zu § 39 Vollstationäre Pflege** (bleibt frei)

40 **Zu § 40 Palliativversorgung**

40.1 **Zu Absatz 1**

40.1.1 [1]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. [2]Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

40.1.2 [1]Die Aufwendungen der ambulanten Palliativversorgung sind bis zur Höhe entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V beihilfefähig. [2]Dabei ist es ausreichend, wenn der Leistungserbringer dies bestätigt. [2]Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren.

40.1.3 Auf Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in stationären Pflegeeinrichtungen ist Nummer 40.1.1 entsprechend anzuwenden.

40.2 **Zu Absatz 2**

40.2.1 [1]Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, d.h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. [2]Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.

40.2.2 [1]In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn aufgrund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist. [2]In diesem Fall bestimmt sich die beihilfefähige „angemessene Vergütung“ an dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung ihrem Zuschuss zugrunde gelegt hat. [3]Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Vergütung.

41 **Zu § 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen**

41.1 **Zu Absatz 1**

41.1.1 [1]Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine

normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,

2. bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr die Aufwendungen für eine Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),

3. bei Frauen ab dem Alter von 20 Jahren jährlich die Aufwendungen der Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, zusätzlich ab dem Alter von 30 Jahren jährlich der Brust, zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren zeitlich eingeschränkt des Rektums und des Dickdarms sowie zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres alle zwei Jahre Mammographie-Screening und bei Männern ab dem Alter von 45 Jahren jährlich die Aufwendungen der Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata, des äußeren Genitales sowie zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren zeitlich eingeschränkt des Rektums und des übrigen Dickdarms sowie für Frauen und Männer ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre eine Untersuchung der Haut auf Hautkrebs,

4. bei Frauen und Männern vom 35. Lebensjahr an die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus,

5. Schutzimpfungen.

[2]Die genauen zeitlichen Untersuchungsabstände sowie der Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die in Satz 1 genannten Untersuchungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge richten sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (BAnz Nr. 214 vom 11. November 1976, Beilage Nr. 28), zuletzt geändert am 19. Juni 2008, BAnz S. 3484, in Kraft getreten am 1. Januar 2009,

2. zur Jugendgesundheitsuntersuchung vom 26. Juni 1998 (BAnz Nr. 159 vom 27. August 1998), in Kraft getreten am 28. August 1998, zuletzt geändert am 19. Juni 2008, BAnz S. 3236, in Kraft getreten am 4. September 2008,

3. über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 21. August 2008, BAnz S. 4113, in Kraft getreten am 15. November 2008,

4. über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“), in der Fassung vom 24. August 1989 (veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29. September 1989), zuletzt geändert am 19. Juni 2008, BAnz S. 3236, in Kraft getreten am 4. September 2008,

5. über Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SiR) in der Fassung vom 21 Juni 2007 / 18. Oktober 2007, BAnz S. 8154, zuletzt geändert am 16. Oktober 2008, BAnz 2009 S. 483, in Kraft getreten am 11. Februar 2009.

41.1.2 [1]Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und von Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden und über den Leistungsumfang der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehen, können nicht als Vorsorgemaßnahmen anerkannt werden. [2]Es bleibt zu prüfen, ob es sich um eine Diagnose oder eine medizinisch notwendige Behandlung handelt.

41.2 **Zu Absatz 2**

41.2.1 [1]Der Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über

1. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) in der Fassung vom 04. Juni 2003, BAnz S. 24966 vom 3. Dezember 2003, in Kraft getreten am 1. Januar 2004,

2. die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung nach § 26 Absatz 1 Satz 2 SGB V), in der Fassung vom 4. Juni 2003, BAnz S: 24966, zuletzt geändert am 8. Dezember 2004, BAnz 2005, S. 4094, in Kraft getreten am 1. Januar 2005.

41.2.2 [1]Beihilfefähig sind zahnärztliche Früherkennungsmaßnahmen zwischen dem dritten und dem sechsten Lebensjahr insgesamt drei Zahnuntersuchungen in einem Abstand von mindestens zwölf Monaten. [2]Bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren sind bis zum 18. Geburtstag einmal in jedem Kalenderhalbjahr zur Verhütung von Zahn- und Parodontalerkrankungen Kontrolluntersuchungen beihilfefähig. [3]Der zeitliche Abstand der Kontrolluntersuchungen beträgt mindestens vier Monate.

41.2.3 [1]Beihilfefähig sind im Rahmen der individualprophylaktischen Maßnahmen die Aufwendungen für die Untersuchung auf Zahn- und Kiefererkrankungen, die Erhebung des Mundhygienestatus, des Zustandes des Zahnfleisches, für Hinweise auf eine zahngesunde Ernährung oder die Behandlung mit lokaler Fluo-

ridierung. [2]Besteht nach einer Bescheinigung der Zahnärztin oder des Zahnarztes ein hohes Kariesrisiko, dann sind die Aufwendungen für die Behandlung mit lokaler Fluoridierung bis zum 18. Geburtstag zweimal je Kalenderhalbjahr beihilfefähig.

41.2.4 Nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Aufwendungen für die jährliche Untersuchung auf Zahn- und Kiefererkrankungen, die Erhebung des Mundhygienestatus, des Zustandes des Zahnfleisches und für Hinweise auf eine zahngesunde Ernährung beihilfefähig.

41.3 **Zu Absatz 3**

41.3.1 Von der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung ausnahmsweise zugelassene Maßnahmen sind im Anhang 10 aufgeführt.

41.4 **Zu Absatz 4**

41.4.1 [1]Von dieser Vorschrift sind ausschließlich pauschale Beteiligungen des Kostenträgers der Beihilfe an Früherkennungs- und Vorsorgeprogrammen betroffen. [2]Individuelle Ansprüche von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen ergeben sich nicht aus dieser Vorschrift.

41.5 **Zu Absatz 5** (bleibt frei)

42 **Zu § 42 Schwangerschaft und Geburt**

42.0 **Allgemein**

42.0.1 § 42 ist auch anzuwenden auf die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Niederkunft einer berücksichtigungsfähigen Tochter der oder des Beihilfeberechtigten.

42.1 **Zu Absatz 1 Nummer 1**

42.1.1.1 [1]Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 13. März 2008, BAnz S. 2261, in Kraft getreten am 28. Juni 2008, zugrunde gelegt.

42.1.1.2 [1]Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. [2]Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften

und Risikogeburten. [3]In diesem Zusammenhang sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

42.1.2 **Zu Absatz 1 Nummer 2**

42.1.2.1 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung.

42.1.2.2 [1]Leistungsabrechnungen von Hebammen oder Entbindungspflegern richten sich nach den jeweiligen Verordnungen der Bundesländer über die Gebühren für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. [2]Anzuwenden ist jeweils die Verordnung des Bundeslandes, in dem die Leistung erbracht wird.

42.1.3 **Zu Absatz 1 Nummer 3**

42.1.3.1 Nach dieser Vorschrift sind die Aufwendungen für von Hebammen und Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen beihilfefähig, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Berufsverbänden der Hebammen und Entbindungspflegern und den Verbänden der von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe und die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen und der Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen geschlossen hat.

42.1.4 **Zu Absatz 1 Nummer 4**

42.1.4.1 Wird die Haus- und Wochenpflege durch den Ehegatten, die Eltern oder die Kinder der Wöchnerin durchgeführt, sind nur beihilfefähig die Fahrtkosten und das nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen der die Haus- und Wochenpflege durchführenden Person.

42.2 **Zu Absatz 2** (bleibt frei)

43 **Zu § 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch**

43.1 **Zu Absatz 1**

43.1.1 [1]Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch wird in Anlehnung an die nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V bestimmten medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzung, Art und Umfang der ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der

Richtlinie für künstliche Befruchtung (über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung - „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ - in der Fassung vom 14. August 1990, veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1990, Nr. 12, zuletzt geändert am 15. November 2007, BAnz 2008, S. 375, in Kraft getreten am 6. Februar 2008) geregelt.

43.1.2 Durch Nummer 43.1.1 Satz 1 wird insbesondere festgelegt:

43.1.2.1 [1]Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 Prozent der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System (d. h. bei Ehepaaren) durchgeführt werden und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. [2]Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Kostenerstattung.

43.1.2.2 [1]Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung besteht nur dann,

- wenn andere Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind,
- wenn beide Eheleute HIV – negativ sind und bei der Ehefrau ein ausreichender Schutz gegen Röteln besteht und
- nur für weibliche Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. [2]Für männliche Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein diesbezüglicher Anspruch von der Vollendung des 25. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. [3]Die maßgebliche Altersgrenze für beide Partner muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus oder des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. [4]Liegt nur bei einer Person die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.

43.1.2.3 [1]Nach Geburt eines Kindes besteht erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung, sofern alle weiteren Voraussetzungen gegeben sind. [2]Dies gilt auch, wenn eine sogenannte „klinische Schwangerschaft“ (z. B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.

43.1.2.4 [1]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. [2]Außerdem sind Aufwendungen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, wie Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht

beihilfefähig. [3]In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können von der Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung Aufwendungen der Kryokonservierung von Samenzellen als beihilfefähig anerkannt werden. [4]Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

43.1.2.5 Behandlungsmethoden, Begrenzung der Versuchszahlen und Indikationen:

a) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Ovulationstiming ohne Polyvulation (drei oder mehr Follikel);
max. acht Versuche;
Indikationen: somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastenose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

b) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel);
max. drei Versuche;
Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

c) In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer);
max. drei Versuche; (der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat);
Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,

d) Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT);
max. zwei Versuche;
Indikationen: anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung aus-

geschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,

e) Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI);
max. drei Versuche; (der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat);
Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermiogramme im Abstand von mindestens zwölf Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas die Grenzwerte gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.

43.1.2.5.1 [1]Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation als auch zum intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. [2]In-vitro-Fertilisation und Intracytoplasmatische Spermieninjektion dürfen aufgrund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. [3]Einzige Ausnahme ist die Fallkonstellation eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer In-Vitro-Fertilisation. [4]In diesem Fall kann in maximal zwei darauffolgenden Zyklen die intracytoplasmatische Spermieninjektion zur Anwendung kommen, auch wenn die Voraussetzungen nach 43.1.2.5 e nicht vorliegen. [5]Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sog. Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.

43.1.2.5.2 [1]Bei der In-vitro-Fertilisation gelten die Maßnahmen als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. [2]Bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion gilt die Maßnahme dann als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle(n) erfolgt ist.

43.1.3 [1]Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern erfolgt in enger Anlehnung an Nummer 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung. [2]Das bedeutet, Aufwendungen für Leistungen sind der Person zuzurechnen, bei der die Leistung durchgeführt wird. [3]Hierzu gehören im Rahmen der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegebenenfalls nicht die erforderlichen Leistungen bei der Ehegattin oder dem Ehegatten. [4]Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens (das bedeutet Reifung der Samenzellen, ohne die eine Befruchtung der Eizelle nicht möglich ist) sowie für den HIV-Test beim Ehemann entfallen auf den Ehemann. [5]Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen

entfallen auf die Ehefrau. [6]Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken) und die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Ehemann.

43.2 **Zu Absatz 2**

43.2.1 [1]Die Vorschrift konkretisiert die Voraussetzung des § 6 Absatz 1 Satz 1 LBhVO, dass grundsätzlich nur Aufwendungen für notwendige Maßnahmen beihilfefähig sind. [2]Nicht beihilfefähig sind danach Sterilisationen, die ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation nur dem Zweck dienen, zukünftige Schwangerschaften zu vermeiden.

43.2.2 Die Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisierung, die nicht medizinisch notwendig war, kann nicht als Krankheit anerkannt werden und die entsprechenden Aufwendungen sind damit nicht beihilfefähig.

43.3 **Zu Absatz 3** (bleibt frei)

43.4 **Zu Absatz 4**

43.4.1 Ist ein Schwangerschaftsabbruch nach ärztlicher Bescheinigung rechtmäßig, dann bedarf es grundsätzlich keiner weitergehenden Prüfung der Rechtmäßigkeit durch die Festsetzungsstelle.

44 **Zu § 44 Tod der oder des Beihilfeberechtigten** (bleibt frei)

45 **Zu § 45 Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende**

45.1 **Zu Nummer 1**

45.1.1 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Erste Hilfe umfassen den Einsatz von Rettungskräften, Sanitäterinnen, Sanitätern und anderen Personen und die dabei verbrauchten Stoffe (z. B. Medikamente, Heil- und Verbandmittel).

45.2 **Zu Nummer 2**

45.2.1 Die Anwendung dieser Vorschrift kommt insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Betracht.

45.3 **Zu Nummer 3**

45.3.1 Die Aufwendungen für Organspenderinnen und Organspender sind einschließlich der Registrierung als Organspenderin oder Organspender im Rahmen des Kapitels 2 LBhVO beihilfefähig, soweit sie bei für die Transplan-

tation notwendigen Maßnahmen entstehen, wenn die Empfängerin oder der Empfänger beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig ist.

45.3.2 [1]Zum Verfahren von Organtransplantationen gilt das Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 9. April 2002 – D I 5 – 213 106 – 11/0 (ABl. S. 3106, DBl. I S. 215). [2]Die gültigen Pauschalen der Organisations- und Flugkosten im Rahmen von Organtransplantationen gibt die für Inneres zuständige Senatsverwaltung durch Rundschreiben bekannt.

46 **Zu § 46 Bemessung der Beihilfe**

46.1 **Zu Absatz 1**

46.1.1 Ändern sich die für den Bemessungssatz maßgeblichen Verhältnisse während einer laufenden Behandlung, so sind die Aufwendungen aufzuteilen.

46.1.2 Zu den Waisen im Sinne von § 76 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 LBG gehören auch Halbwaisen, soweit sie Halbwaisengeld beziehen.

46.2 **Zu Absatz 2**

46.2.1 [1]Bei mehreren Beihilfeberechtigten wird der Bemessungssatz bei der oder dem Beihilfeberechtigten erhöht, die oder der die familienbezogenen Besoldungsbestandteile für mehr als ein berücksichtigungsfähiges Kind tatsächlich erhält. [2]Die Beihilfeberechtigten bestimmen bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. [3]Eine gesonderte Erklärung der Beihilfeberechtigten ist nicht erforderlich.

46.2.2 Diese Vorschrift ist nach § 58 Absatz 5 erstmals ab 1. Januar 2011 anzuwenden.

46.2.3 [1]Bei mehreren Beihilfeberechtigten, die vier oder mehr Kinder haben und sich die familienbezogenen Besoldungsbestandteile für diese Kinder teilen, erfolgt die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes von 70 Prozent durch eine gemeinsame Erklärung der Beihilfeberechtigten. [2]Die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen (z. B. bei Scheidung) neu getroffen werden.

46.2.4 Bei mehreren Beihilfeberechtigten mit unterschiedlichen Dienstherrn (z.B. Land – Bund; Land – Land; Land – Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Bundes, des Landes oder der Kommune die Mitteilung nach dem Formblatt im Anhang 1 zu übersenden.

46.3 **Zu Absatz 3** (bleibt frei)

46.4 **Zu Absatz 4**

46.4.1 [1]Nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zustehenden Leistungen zur Hälfte. [2]Aus diesem Grund wird auch der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen auf 50 Prozent festgelegt. [3]Dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

47 Zu § 47 Abweichender Bemessungssatz

47.1 Zu Absatz 1 (bleibt frei)

47.2 Zu Absatz 2

47.2.1 [1]Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung muss 15 Prozent des Gesamteinkommens übersteigen. [2]Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 Prozent der Aufwendungen ermöglicht. [3]In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 14,50 Euro täglich einzubeziehen. Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI. [4]Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. [5]Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um maximal 10 Prozent. [6]Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. [7]Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Absatz 2 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. [8]Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen. [9]Nach spätestens zwei Jahren sind die Voraussetzungen auf die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes aufgrund eines erneuten Antrags neu zu prüfen.

47.2.2 Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt.

47.3 Zu Absatz 3

47.3.1 Die Erhöhung des Bemessungssatzes kommt in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht, wenn ohne die Erhöhung die Fürsorgepflicht des Dienstherrn verletzt würde.

47.4 **Zu Absatz 4**

47.4.1 [1]Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung der oder des Versicherten beiträgt, d. h. zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen deckt. [2]Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. [3]Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. [4]Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

47.4.2 [1]Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. [2]Ein Leistungsausschluss liegt u. a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. [3]Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

47.4.3 [1]Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. [2]Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

47.5 **Zu Absatz 5** (bleibt frei)

47.6 **Zu Absatz 6**

47.6.1 [1]Keinen Zuschuss im Sinne von Absatz 6 Satz 2 stellt eine Beitragserstattung nach § 9 Absatz 1 der MuSchEltZV und der Zuschlag nach § 2 Absatz 1 der Verordnung über die Gewährung eines Zuschlags zu den Dienstbezügen bei begrenzter Dienstfähigkeit (DBZVO) bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung dar. [2]Eine derartige Beitragserstattung oder ein derartiger Zuschlag hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.

47.6.2 Für freiwillig versicherte Beamtinnen und Beamte, die in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind und für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen nach § 14 des SGB V Leistungen aus der Teilkostenerstattung nach § 56 der Satzung der Bundesknappschaft (und damit eine den Prozenttarifen der privaten Krankenversicherung entsprechende Erstattung) erhalten, gelten die Bemessungssätze des § 76 Absatz 3 LBG.

47.7 **Zu Absatz 7**

47.7.1 Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind beihilfefähig, soweit sie den Eigenanteil nach § 39 Absatz 3 Satz 2 LBhVO überschreiten. Der Beihilfebemessungssatz für diese Aufwendungen beträgt 100 Prozent.

47.8 **Zu Absatz 8**

47.8.1 [1]Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes der Zuschussempfängerin oder des Zuschussempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. [2]Zuschüsse zur Pflegeversicherung bleiben dabei unberücksichtigt. [3]Keinen Zuschuss im Sinne von Absatz 8 Satz 1 stellt eine Beitragserstattung nach § 9 Absatz 1 MuSchEltZV und der Zuschlag nach § 2 Absatz 1 DBZVO dar. [4]Eine derartige Beitragserstattung oder ein derartiger Zuschlag hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.

48 **Zu § 48 Begrenzung der Beihilfe**

48.1 [1]Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Kranken- und Pflegeversicherung gegenüberzustellen. [2]Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den Kapiteln 2 bis 4 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z. B. für den Personenkreis gemäß § 26 Absatz 2 die Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen, deren Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen ist. [3]Sind zum Beispiel für eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Aufwendungen für eine Sehhilfe nach Nummer 4 der Anlage 5 zur LBhVO beihilfefähig, dann zählen die Aufwendungen für eine Sehhilfe nur für diese Person zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, nicht jedoch die Aufwendungen für Sehhilfen der oder des Beihilfeberechtigten oder der weiteren berücksichtigungsfähigen Personen. [4]Die Aufwendungen für Lifestyle-Arzneimittel gehören nicht zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen.

48.2 [1]Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag - etwa für die einzelnen Positionen - die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. [2]Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. [3]Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.

48.3 [1]Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen aufgrund des Versicherungsvertrages nach einem Prozentsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. [2]Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. [3]Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.

48.4 Übersteigt der Betrag der nach § 76 Absatz 3 LBG in Verbindung mit § 46 errechneten Beihilfe zuzüglich der zustehenden Erstattung aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

49 Zu § 49 Eigenbehalte

49.1 Zu Absatz 1

49.1.1 [1]Der Abzug bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt erfolgt für die ersten 28 Kalendertage. [2]Der Abzugsbetrag ist dabei sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu berücksichtigen.[3]Die Abzugsbeträge sind für jedes Kalenderjahr gesondert zu beachten, dies gilt auch bei durchgehendem stationären Krankenhausaufenthalt über den Jahreswechsel.

49.1.2 Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag

- Entbindungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen,
- ambulante Operationen im Krankenhaus,
- Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen.

49.2 Zu Absatz 2

49.2.1 [1]Werden in einem Quartal sowohl ärztliche als auch zahnärztliche Leistungen und Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers in Anspruch genommen, ist eine dafür zu gewährende Beihilfe für jede erste Inanspruchnahme einer dieser Leistungserbringerinnen oder eines dieser Leistungserbringer gesondert um jeweils zwölf Euro – insgesamt im Quartal also um bis zu 36 Euro - je behandelter Person zu vermindern. [2]Werden Beihilfen zu in einem Quartal gleichzeitig in Anspruch genommenen ambulanten ärztlichen und

psychotherapeutischen Leistungen gewährt, so ist der Eigenbehalt nach Absatz 4 nur einmal für jede behandelte Person abzuziehen. [3]Psychotherapeutische Leistungen gelten im Sinne dieser Vorschrift als ärztliche Leistungen.

49.2.2 Zuzahlungen nach § 28 Absatz 4 SGB V (sog. “Praxisgebühr“, z. B. bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, gesetzlich Versicherten) befreien nicht von Eigenbehalten nach § 49 LBhVO.

49.2.3 [1]Kieferorthopädische Leistungen sowie Laborleistungen unterliegen ebenfalls dem Abzugsbetrag für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen. [2]Aufwendungen für Leistungen einer Kieferchirurgin oder eines Kieferchirurgen werden den ärztlichen Leistungen zugerechnet.

49.2.4 Die Minderung der Beihilfe um zwölf Euro erfolgt unabhängig von der auf diesen Zeitraum entfallenden Summe der Aufwendungen.

49.3 **Zu Absatz 3**

49.3.1 Ergibt sich während der Durchführung von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen nach § 41 die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen, die über den Umfang der Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen nach § 41 hinausgehen, sind für die Durchführung dieser Maßnahmen Eigenbehalte auch dann abzuziehen, wenn sie im Zusammenhang damit stehen.

49.3.2 Der Eigenbehalt nach Absatz 2 ist nicht abzuziehen, wenn Laborärztinnen und Laborärzte eine kurz vor dem Quartalsende entnommene Blut- oder Gewebeprobe erst im folgenden Quartal untersuchen.

49.4 **Zu Absatz 4** (bleibt frei)

50 **Zu § 50 Belastungsgrenzen**

50.1 **Zu Absatz 1**

50.1.1 [1]Eine Befreiung von Eigenbehalten wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. [2]Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Aufwendungen entstanden sind. [3]Die Befreiung von Eigenbehalten umfasst sowohl die Eigenbehalte der oder des Beihilfeberechtigten als auch ihrer oder seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

50.1.2 [1]Der Begriff einer chronischen Erkrankung bestimmt sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V. [2]Wer künftig chronisch erkrankt (dies gilt für weibliche Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige

Angehörige, die nach dem 1. April 1987 geboren wurden und für männliche Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden) muss außerdem durch geeignete Unterlagen (z. B. Rechnungskopien oder ärztliche Bescheinigungen) nachweisen, dass sie oder er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen, die zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt sind. [3]Der erforderliche Nachweis bezieht sich nur auf die Durchführung der Beratung. [4]Vorsorgeuntersuchungen selbst müssen daraufhin nicht in Anspruch genommen worden sein.[5]Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige "chronische Krankheit" vor. [6]Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. [7]Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann sowie Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden. [8]Die oder der Beihilfeberechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z. B. ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. [9]Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn es keine Anzeichen für einen Wegfall der chronischen Erkrankung gibt.

50.1.3 [1]Die Beträge der Eigenbehalte nach § 49 Absatz 1 sind nur entsprechend der Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 76 Absatz 3 LBG in Verbindung mit § 46 zu berücksichtigen, da die oder der Beihilfeberechtigte auch nur mit diesem Betrag belastet ist. [2]Beispiel: Bei einer stationären Krankenhausbehandlung beträgt der Krankenhaustagessatz 150 Euro minus 10 Euro Eigenanteil = 140 Euro beihilfefähiger Betrag, bei einem Bemessungssatz von 50 Prozent werden 70 Euro Beihilfe ausgezahlt; ohne Eigenanteil würde die oder der Beihilfeberechtigte eine Beihilfe von 75 Euro erhalten; die Differenz von 5 Euro entspricht der effektiven Belastung der oder des Beihilfeberechtigten durch den Eigenanteil.

50.2 **Zu Absatz 2**

50.2.1 Bei verheirateten Beihilfeberechtigten, die beide beihilfeberechtigt sind, erfolgt die Minderung des Einkommens um 15 Prozent jeweils für jede Beihilfeberechtigte und jeden Beihilfeberechtigten gesondert. Die Minderung für jedes Kind um den sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag erfolgt bei der oder dem Beihilfeberechtigten, die oder der den Familienzuschlag bezieht.

50.3 **Zu Absatz 3**

50.3.1 [1]Bei Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, ist bei der Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. [2]Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb von diesen Einrichtungen.

51 Zu § 51 Bewilligungsverfahren

51.1 Zu Absatz 1

51.1.1 Die Festsetzungsstelle ist bei ihren Einzelfallentscheidungen an § 76 LBG, die LBhVO, die Ausführungsvorschriften zur Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen – Landesbeihilfeverordnung – (AVLBhVO) sowie an ergänzende Erlasse der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung gebunden.

51.1.2 [1]Die Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne nach § 14 Satz 2 und § 15 Absatz 2 gehören nicht zu den Gutachten im Sinne des Absatzes 1, deren Kosten von der Festsetzungsstelle zu tragen sind. [2]Die Aufwendungen für diese Heil- und Kostenpläne sind beihilfefähig.

51.1.3 Die Verpflichtung zur Anonymisierung personenbezogener Daten konkretisiert die Geheimhaltungspflicht nach § 55.

51.1.4 Nach Absatz 1 Satz 4 sind die Beihilfeberechtigten einschließlich der berücksichtigungsfähigen Angehörigen verpflichtet,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen und
- sich auf Verlangen der Festsetzungsstelle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung erforderlich sind.

51.1.5 Die Mitwirkungspflicht der oder des Betroffenen besteht nicht, soweit

- ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zur beantragten Leistung steht,
- ihre Erfüllung unzumutbar ist,

- die Festsetzungsstelle sich durch einen geringeren Aufwand als die oder der Betroffene die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann,
- bei Behandlungen und Untersuchungen im Einzelfall
- ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
- die Maßnahme mit erheblichen Schmerzen verbunden ist oder einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet.

51.1.6 [1]Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige können in Härtefällen auf Antrag Ersatz ihres notwendigen Aufwandes einschließlich des Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. [2]Notwendig ist der geltend gemachte Aufwand nur dann, wenn die oder der Betroffene alle Möglichkeiten zur Minimierung des Aufwandes nutzt. [3]Dazu gehört im Falle des Verdienstausfalls auch eine Verlegung der Arbeitszeit oder des Termins einer gegebenenfalls erforderlichen Untersuchung oder Begutachtung. [4]Ein Härtefall im Sinne von Nummer 51.1.4 liegt nur dann vor, wenn der Verzicht auf die Erstattung des notwendigen Aufwandes in angemessener Höhe der oder dem Beihilfeberechtigten aus Fürsorgegründen nicht zugemutet werden kann.

51.1.7 [1]Kommt die oder der Betroffene ihren oder seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die Festsetzungsstelle ohne weitere Ermittlungen die Beihilfen, für die ein Anspruch nicht nachgewiesen ist, versagen oder entziehen. ²Dies gilt entsprechend, wenn die oder der Betroffene in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

51.1.8 [1]Beihilfeberechtigte sind auf die möglichen Folgen mangelnder Mitwirkung vor dem Entzug der Leistungen schriftlich hinzuweisen. [2]Ihnen kann für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht eine angemessene Frist gesetzt werden.

51.1.9 [1]Wird die Mitwirkung nachgeholt, ist die beantragte Beihilfe in Höhe des durch die Mitwirkung nachgewiesenen Anspruchs zu gewähren, soweit die Voraussetzungen für die Gewährung trotz verspäteter Erfüllung der Mitwirkungspflichten weiterhin vorliegen.

51.2 **Zu Absatz 2**

51.2.1 [1]Absatz 2 Satz 2 kann nach dem 1. Januar 2009 bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit Wohnsitz im Inland grundsätzlich nicht mehr zur Anwendung kommen, da von diesem Zeitpunkt ab im Inland eine allgemeine Krankenversicherungspflicht gilt und für krankenversicherungspflichtige Personen die Mitgliedschaft in der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung obligatorisch ist. [2]Nach § 10 Absatz 2 hat einen Anspruch

auf Beihilfe nur, wer seinen Krankenversicherungsschutz und den Krankenversicherungsschutz seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen nachweist.

51.3 **Zu Absatz 3**

51.3.1 [1]Die LBhVO verzichtet weitgehend auf bindende Formvorschriften für das Antragsverfahren. [2]Damit wird den Festsetzungsstellen die Möglichkeit gegeben, ein auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmtes Verfahren zu gestalten. [3]Auch die zu verwendenden Antragsformulare können nach den jeweiligen Anforderungen gestaltet werden. [4]Unverzichtbar für die Beihilfebearbeitung sind persönliche Angaben zur Identifizierung der oder des Beihilfeberechtigten, Angaben zum Anspruch auf Bezüge und gegebenenfalls familienbezogene Zulagen (für die Prüfung des Beihilfeanspruchs und der Berücksichtigungsfähigkeit) und zu sonstigen Ansprüchen (z. B. aus Krankenversicherungen oder Schadenersatzansprüchen bei Unfällen mit Ersatzpflicht Dritter).

51.3.2 [1]Die Vorschrift ermöglicht die elektronische Beihilfebearbeitung einschließlich der elektronischen Belegübermittlung und Bescheidversendung. [2]Aus der Vorschrift ergeben sich jedoch keine unmittelbaren Ansprüche der Beihilfeberechtigten auf eine bestimmte Verfahrensgestaltung. [3]Die Dispositionsfreiheit obliegt der jeweiligen Festsetzungsstelle.

51.3.3 In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.

51.3.4 [1]Aufwendungen für Halbwaisen können mit Zustimmung der Festsetzungsstelle zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. [2]Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbwaisen bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung unverändert bestehen. [3]Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 wird durch die gemeinsame Antragstellung nicht begründet.

51.3.5 [1]Beihilfen werden nur zu Aufwendungen gewährt, die während des Bestehens einer Beihilfeberechtigung oder während der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger entstanden sind. [2]Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung oder keine Berücksichtigungsfähigkeit mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt waren.

51.4 **Zu Absatz 4**

51.4.1 [1]Die Vorschrift dient der Verfahrensvereinfachung von Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind. [2]Grundsätzlich obliegt es den Beihilfeberechtigten, prüfbare Belege für Leistungen im In- und Ausland vorzulegen. [3]Soweit der

Festsetzungsstelle die Prüfung der Belege ohne weitere Mitwirkung der oder des Beihilfeberechtigten möglich ist, bedarf es keiner weiteren Unterlagen. [4]Eine Übersetzung im Sinne von Satz 3 unterliegt keinen besonderen Formvorschriften; sie muss nicht amtlich beglaubigt sein. [5]Die Kosten einer erforderlichen Übersetzung sind nicht beihilfefähig. [6]Bei Rechnungsbeträgen in ausländischer Währung ist Nummer 11.1.2 zu beachten.

51.5 **Zu Absatz 5**

51.5.1 [1]Grundsätzlich sind alle eingereichten Belege, von deren Rücksendung abgesehen wird, zu vernichten. [2]Die Vernichtung der Belege umfasst nicht nur die der Beihilfestelle in Papierform vorliegenden Belege, sondern auch die Löschung der gegebenenfalls elektronisch übersandten Belegdateien.

51.5.2 Die Vernichtung der Belege hat so zu erfolgen, dass eine Rekonstruktion der Inhalte nicht möglich ist.

51.6 **Zu Absatz 6**

51.6.1 [1]Die Regelung schafft keinen Beihilfeanspruch; der Beihilfeanspruch steht materiell unverändert der oder dem Beihilfeberechtigten zu. [2]Eine unbillige Härte kann u. a. dann gegeben sein, wenn wegen des Getrenntlebens von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen den berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Beihilfestellung durch die oder den Beihilfeberechtigten nicht zuzumuten ist. [3]Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass die oder der Beihilfeberechtigte die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährten Beihilfen nicht zweckentsprechend einsetzt.

51.6.2 Die oder der Beihilfeberechtigte sind vor einer Entscheidung anzuhören.

51.7 **Zu Absatz 7**

51.7.1 [1]Die Antragsgrenze von 200 Euro gilt nicht, wenn die oder der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

51.7.2 [1]Zur Vermeidung von unbilligen Härten kann die Festsetzungsstelle in Einzelfällen Ausnahmen von der Antragsgrenze zulassen. [2]Mit dieser Regelung werden die Festsetzungsstellen in die Lage versetzt, im Rahmen einer Einzelfallprüfung oder für bestimmte Personengruppen (z. B. Beamtenanwärterinnen und Beamtenanwärter) festzulegen, ob insbesondere unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht ein Abweichen von der Antragsgrenze angezeigt ist.

51.8 **Zu Absatz 8**

51.8.1 Beihilfeberechtigten können insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden.

51.8.2 [1]In Pflegefällen kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. [2]Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten endgültig festzusetzen.

52 **Zu § 52 Zuordnung der Aufwendungen**

52.1 Die Zuordnung der Aufwendungen bestimmt den für die Aufwendungen anzusetzenden Beihilfebemessungssatz.

52.2 [1]Nach Nummer 3 sind nur die Aufwendungen für das gesunde Neugeborene der Mutter zugeordnet. [2]Darüber hinausgehende Aufwendungen, die durch eine Erkrankung des Kindes entstehen, sind davon nicht erfasst; diese Aufwendungen sind dem Kind zuzuordnen.

53 **Zu § 53 Elektronische Gesundheitskarte**

53.1 Hinweise zu beihilferechtlichen Folgen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werden rechtzeitig zum Beginn des Wirkbetriebs der Karte erfolgen.

54 **Zu § 54 Antragsfrist**

54.1 **Zu Absatz 1**

54.1.1 [1]Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen. [2]Das gilt auch in den Fällen des § 51 Absatz 6 LBhVO.

54.1.1.1 Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist danach zu gewähren, wenn die Antragsfrist durch Umstände versäumt worden ist, die die oder der Beihilfeberechtigte nicht zu verantworten hat.

54.1.1.2 Innerhalb von zwei Wochen nach dem Wegfall des Hindernisses ist sowohl der Beihilfeantrag nachzuholen als auch glaubhaft zu machen, dass weder die oder der Beihilfeberechtigte noch ihr oder sein Vertreter das Fristversäumnis zu vertreten hat.

54.1.1.3 [1]Ein Jahr nach Beendigung der versäumten Frist kann die Wiedereinsetzung nur dann beantragt werden, wenn dies vor Ablauf dieser Frist aufgrund höherer Gewalt unmöglich war. [2]Höhere Gewalt liegt nur dann vor, wenn das Frist-

versäumnis auf ungewöhnlichen und unvorhersehbaren Umständen beruht und deren Folgen trotz aller Sorgfalt nicht hätten vermieden werden können.

54.1.2 [1]Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, kann er aufgrund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII oder § 27g BVG einen Beihilfeanspruch geltend machen. [2]Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er der oder dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge über. [3]Eine Überleitung nach § 93 SGB XII oder § 27g BVG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für die oder den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine nicht getrennt lebende Ehegattin oder für ihre nicht getrennt lebende eingetragene Lebenspartnerin oder für seinen nicht getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder für die berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) der oder des Beihilfeberechtigten entstanden sind. [4]In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und gegebenenfalls Anfechtungsklage zu erheben.

54.1.3 [1]Leitet der Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge nicht über, sondern nimmt er die oder den Beihilfeberechtigten nach § 19 Absatz 5 SGB XII oder § 81b BVG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist zulässig. [2]Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist ausgeschlossen.

54.1.4 [1]Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Absatz 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung

- den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),
- die Leistungsempfängerin oder den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
- die Art (z. B. Pflege, Heilmittel) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
- die Leistungshöhe

enthält. [2]Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. [3]Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Trägers der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. [4]In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und gegebenenfalls der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

54.2 **Zu Absatz 2**

54.2.1 Diese Vorschrift soll Beihilfeberechtigte mit ausländischem Dienstort von Erschwernissen entlasten, die auf den Besonderheiten des dienstlichen Einsatzes beruhen (z. B. längere Postlaufzeiten).

55 **Zu § 55 Geheimhaltungspflicht**

55.1 **Zu Absatz 1**

55.1.1 [1]Eine gesetzliche Bestimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten ergibt sich z. B. aus den §§ 84, 85 und 88 LBG. [2]Aus diesen Vorschriften ergibt sich jedoch grundsätzlich keine Berechtigung oder Verpflichtung zur Weitergabe von Gesundheitsdaten.

55.2 **Zu Absatz 2**

55.2.1 [1]Diese Vorschrift regelt die Befugnis der Festsetzungsstelle zur Weitergabe der personenbezogenen Daten, die für die Berechnung oder Gewährung der Besoldung oder Versorgung oder des Kindergeldes maßgeblich sind. [2]Die Weitergabe von gesundheitsbezogenen Daten ist für die Festsetzung der Besoldung oder Versorgung oder zur Prüfung der Kindergeldberechtigung nicht erforderlich; diese Daten dürfen daher ohne Zustimmung der oder des Betroffenen nicht an die die Bezüge festsetzenden Stellen weitergegeben werden.

56 **Zu § 56 Festsetzungsstellen**

56.1 Werden Beihilfeberechtigte innerhalb des Landesdienstes abgeordnet, verbleibt es bei der Zuständigkeit der bisherigen Festsetzungsstelle.

56.2 Werden Beihilfeberechtigte des Landes Berlin zu einer Dienststelle außerhalb der Landesverwaltung abgeordnet, bleibt die bisherige Festsetzungsstelle weiterhin zuständig.

56.3 Werden Beihilfeberechtigte eines anderen Dienstherrn in den Dienst des Landes Berlin abgeordnet, bleibt der bisherige Dienstherr für die Beihilfegewährung weiterhin zuständig.

56.4 Die abgebenden und die aufnehmenden Dienstherren können von den Nummern 56.1 bis 56.3 abweichende Regelungen treffen.

56.5 Mit der Wirksamkeit der Versetzungsverfügung ist die aufnehmende Behörde für die Beihilfegewährung zuständig.

56.6 Verlegt eine Beihilfeberechtigte oder ein Beihilfeberechtigter ihren oder seinen Wohnsitz aus privaten Gründen ins Ausland, bleibt die für sie oder ihn zuständige Festsetzungsstelle gegebenenfalls bis zu einer anderen Entscheidung der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung weiterhin zuständig.

57 Zu § 57 Verwaltungsvorschriften

57.1 [1]Die nach dieser Vorschrift zu erlassenden Verwaltungsvorschriften dienen der Vereinheitlichung der Rechtsanwendung. [2]Sie werden im Amtsblatt für Berlin veröffentlicht.

58 Zu § 58 Übergangsvorschriften

58.1 Zu Absatz 1

58.1.1 [1]Die Verordnung gilt nur für Aufwendungen, die nach dem Inkrafttreten entstanden sind. [2]Auf alle Aufwendungen, die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die bisherigen Regelungen weiterhin anzuwenden (vgl. Artikel XIII § 5 des Dienstrechtsänderungsgesetzes). [3]Das kann dazu führen, dass gegebenenfalls die in einer Rechnung zusammengefassten Aufwendungen aufgeteilt werden. [4]Nach bisherigem Recht erteilte Bewilligungen gelten fort.

58.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

58.3 Zu Absatz 3

58.3.1 Diese Übergangsregelung trifft nur auf die berücksichtigungsfähigen Kinder einer oder eines Beihilfeberechtigten zu, die tatsächlich im Wintersemester 2006 / 2007 an einer Fachhochschule oder Hochschule eingeschrieben waren, solange das Studium andauert.

58.3.2 Die Anwendung der Übergangsregelung führt nicht zu einer Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 76 Absatz 3 Satz 3 LBG für die oder den Beihilfeberechtigten.

58.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)

58.5 Zu Absatz 5

58.5.1 [1]Nach § 46 Absatz 2 wird bei mehreren Beihilfeberechtigten der Bemessungssatz bei der oder dem Beihilfeberechtigten erhöht, die oder der die familienbezogenen Besoldungsbestandteile tatsächlich erhält. [2]Die Beihilfeberechtigten bestimmen in diesem Fall bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. [3]Eine gesonderte Erklärung der Beihilfeberechtigten ist nicht erforderlich.

58.5.2 [1]Nummer 58.5.1 ist erstmals am 1. Januar 2011 anzuwenden. [2]Das bedeutet, dass für alle Aufwendungen, die ab diesem Stichtag erbracht werden, die neue Vorschrift über die Erhöhung des Bemessungssatzes anzuwenden ist.

59 Zu § 59 Inkrafttreten

59.1 [1]Die Verordnung ist am 30. September 2009 im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin verkündet worden und am Tag nach der Verkündung in Kraft getreten. [2]Sie gilt gemäß Nummer 58.1.1 für Aufwendungen, die nach dem Datum der Verkündung entstanden sind.

Anhang 1
(AV zu §§ 5 Absatz 4 und 46 Absatz 2 LBhVO)

Absender Beihilfestelle
_____

Beihilfestelle des Ehegatten

Mitteilung zum Bezug von Beihilfen für berücksichtigungsfähige Kinder und des erhöhten Bemessungssatzes (§§ 4, 5 und 46 LBhVO)

1. Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum

_____
Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

2. Ehegatte

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum

_____
Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

Die bzw. der unter 1. genannte Beihilfeberechtigte erhält für folgende berücksichtigungsfähige Kinder Beihilfen und – bei mehr als 2 Kindern – den erhöhten Bemessungssatz (§§ 5 Abs. 4 und 46 Abs. 3 LBhVO)

Name	Vorname	Geburtsdatum

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Anhang 2

(AV zu § 18 Absatz 2 LBhVO)

Verzeichnis der Gutachterinnen und Gutachter und Obergutachterinnen und Obergutachter für Psychotherapie:

I. Gutachterinnen und Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

• Rosemarie Ahlert	Schulstr. 29, 72631 Aichtal
• Dr. med. Dipl.–Psych. Menachem Amitai	Bifänge 22, 79111 Freiburg
• Dr. med. Ludwig Barth	Mühlbaurstr. 38b, 81677 München
• Dr. med. Ulrich Berns	Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
• Dr. med. Dietrich Bodenstein	Riemeisterstr. 29, 14169 Berlin
• Dr. med. Doris Bolk–Weischedel	Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
• Dr. med. Gerd Burzig	Max-Linde-Weg 6, 23562 Lübeck
• Dr. med. Ilan Diner	Windscheidstr. 8, 10627 Berlin
• Prof. Dr. med. Michael Ermann	Postfach 15 13 09, 80048 München
• Dr. med. Paul R. Franke	Harnackstr. 4, 39104 Magdeburg
• Dr. med. Ulrich Gaitzsch	Luisenstr. 3, 69469 Weinheim
• Dr. med. Dietrich Haupt	Wörther Str. 44, 28211 Bremen
• Dr. F. Höhne	Vor dem Schlosse 5, 99947 Bad Langensalza
• Dr. med. Ludwig Janus	Zähringstr. 4, 65115 Heidelberg
• Dr. med. Horst Kallfass	Leo–Baeck–Str. 3, 14165 Berlin
• Dr. med. Ingrid Kamper Jasper	Eckhorst 13, 25491 Hetlingen
• Dr. med. Gabriele Katwan	Franzensbader Str. 6b, 14193 Berlin
• Prof. Dr. med. Karl König	Hermann–Föge–Weg 6, 37073 Göttingen
• Dr. med. Albrecht Kuchenbuch	Lindenallee 26, 14050 Berlin
• Prof. Dr. med. Peter Kutter	Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart
• Prof. Dr. med. Klaus Lieberz	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit -Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin- Postfach 12 21 20, 68072 Mannheim
• Dr. med. Günter Maass	Leibnizstr. 16 c, 65191 Wiesbaden
• Prof. Dr. med. Michael von Rad	Städt. Klinikum München GmbH, Krankenhaus München-Harlaching, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München

- Prof. Dr. med. Ulrich Rüger — Mittelbergring 59, 37085 Göttingen
- Dr. med. Rainer Sandweg — Postfach 12 58, 66443 Bexbach
- Dr. med. Günter Schmitt — Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
- Dr. med. Jörg Schmutterer — Damaschkestr. 65, 81825 München
- Dr. med. Gisela Thies — Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe

II. Gutachterinnen und Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Hermann Fahrig — Carl-Beck-Str. 58, 69151 Neckargemünd
- Dr. med. Dietrich Haupt — Wörther Str. 44, 28211 Bremen
- Dr. med. Annette Streeck-Fischer — Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

III. Gutachterinnen und Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

- Prof. Dr. Gerd Buchkremer — Psychiatrische Universitätsklinik, Osianderstr. 22, 72076 Tübingen
- Prof. Dr. med. Iver Hand — Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg
- Dr. med. Dieter Kallinke — Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg
- Dr. med. Johannes Kemper — Bauerstr. 15, 80796 München
- Dipl.-Psych. Eva Koppenhöfer — Baiertaler Str. 89, 69168 Wiesloch
- Dipl.-Psych. Dr. Helmut Köhler — Obere Stadt 60, 82362 Weilheim
- Prof. Dr. med. Rolf Meermann — Psychosomatische Fachklinik, Bombergallee 11, 31812 Bad Pyrmont
- Dr. med. Jochen Sturm — Altneugasse 21, 66117 Saarbrücken
- Dr. med. Klaus H. Stutte — Jahnstraße 1, 49610 Quakenbrück
- Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz — Nymphenburger Str. 185, 80634 München
- Dr. Johannes Zuber — Mercystr. 27, 79100 Freiburg

IV. Gutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Peter Altherr — Westbahnstr. 12, 76829 Landau
- Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt — Postfach 12 34, 69192 Schriesheim
- Dr. med. Horst Trappe — Breslauer Str. 29, 49324 Melle
- Dipl.-Psych. Dr. Phil. Gerhard Zarbock — Bachstr. 48, 22083 Hamburg
- Dr. Johannes Zuber — Mercystr. 27, 79100 Freiburg

V. Obergutachterinnen und Obergutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

- Dr. med. Ludwig Barth — Mühlbaurstr. 38b, 81677 München
- Dr. med. Doris Bolk-Weischedel — Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
- Dr. med. Horst Kallfass — Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin
- Prof. Dr. med. Karl König — Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
- Prof. Dr. med. Peter Kutter — Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart
- Prof. Dr. med. Ulrich Rüger — Mittelbergring 59, 37085 Göttingen
- Dr. med. Günter Schmitt — Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
- Dr. med. Gisela Thies — Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe
- Dr. med. Roland Vandieken — Am Buchenhang 17, 53115 Bonn

VI. Obergutachterinnen und Obergutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Dietrich Haupt — Wörther- Str. 44, 28211 Bremen
- Dr. med. Annette Streeck-Fischer — Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

VII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

- Prof. Dr. med. Iver Hand — Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg
- Dr. med. Dieter Kallinke — Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg
- Dr. med. Johannes Kemper — Bauerstr. 15, 80796 München

VIII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Johannes Kemper — Bauerstr. 15, 80796 München
- Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt — Postfach 12 34, 69192 Schriesheim

Anhang 3
(AV zu § 18 Absatz 2 LBhVO)

Formblätter zum Verfahren bei ambulanter Psychotherapie

Formblatt 1 (zu Nummer 18.2.2)

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Anonymisierungscode der oder des Beihilfeberechtigten

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

Ort, Datum .....

(Unterschrift der oder des Beihilfeberechtigten)

II. Auskunft der Patientin / des Patienten

A) Wer wird behandelt?
(Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter/Ehefrau/Ehemann/Sohn/Tochter)

Alter

B) Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Frau/Herrn

.....

der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht der Ärztin/des Arztes oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Ort, Datum

.....
(Unterschrift der Patientin / des Patienten
oder der gesetzlichen Vertreterin oder des
gesetzlichen Vertreters)

Bescheinigung der Therapeutin oder des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

□ Erstbehandlung □ Verlängerung/Folgebehandlung

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
□ analytische Psychotherapie
□ Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Von _____ bis_____ Anzahl der Sitzungen ____

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

_____ Anzahl der Einzelsitzungen _____Anzahl der Gruppensitzungen

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

□ ja □ nein _____ Anzahl der Sitzungen

6. Gebührenziffern:

Gebührenhöhe je Sitzung _____

Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. Ärztinnen und Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)
- □ Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- □ Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- □ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- □ Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie verliehen: □ **vor** dem 1. April 1984
  □ **nach** dem 1. April 1984
- □ Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- □ Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- □ Bereichsbezeichnung Psychoanalyse

Eine Berechtigung zur Behandlung
□ in Gruppen
□ von Kindern und Jugendlichen
liegt vor.

2. Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten
(Zutreffendes ankreuzen)

2.1 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Datum der Approbation _____ als

- □ Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- □ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- □ Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 (3) Absatz 1 PsychThG und entsprechend 3.2, 3.3 sowie 4.2 der Anlage 2 der LBhVO vor?

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
□ analytische Psychotherapie
□ Verhaltenstherapie
bei □ Erwachsenen, bei □ Kindern und Jugendlichen, in □ Gruppen.

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG)

_____

–

Liegt
a) ggf. eine entsprechende KV-Zulassung vor? ja □ nein □

KV-Zulassungsnummer: _____ , bei welcher KV? _____

b) ein Eintrag in das Ärzteregister vor?
ja □ nein □, bei welcher KV? _____

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

_____

2.2 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation _____ als

- □ Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
- □ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- □ Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: _____ , bei welcher KV? _____

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV _____

Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit 3.3, 3.5 sowie 4.3 der Anlage 2 der LBhVO und § 95 c 2.3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.

- □ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- □ analytische Psychotherapie
- □ Verhaltenstherapie

bei □ Erwachsenen, bei □ Kindern und Jugendlichen, in □ Gruppen.

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.98 von der KBV)
anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut: ja □ nein □

für □ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie,
□ Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes: _____

Datum des Abschlusses: _____

Ort, Datum_____ _____
(Unterschrift und Stempel der Therapeutin/des Therapeuten)

Formblatt 2 (zu Nummer 18.2.2)

Absender:.....
(Name und Anschrift der Therapeutin oder des Therapeuten)

Bericht

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin oder den Gutachter zu übersenden.

an die Gutachterin / den Gutachter zum Antrag
auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Angaben über die Patientin / den Patienten

Anonymisierungscode (von der Festsetzungsstelle vorgegeben)	Familienstand

Alter	Geschlecht	Beruf

II. Angaben über die Behandlung

1. Art der vorgesehenen Therapie: .....

2. Datum des Therapiebeginns: .....

3. Anzahl und Frequenz der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen: .....

4. Anzahl und Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen (insgesamt und wöchentlich): .....

III. Bericht der Therapeutin / des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie. Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

1. **Spontanangaben** der Patientin / des Patienten zu seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin / des Patienten (bei K+J auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlußbericht beifügen.

2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei K+J. auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts.

   Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).

3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese, oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin oder des Patienten in ihrer oder seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei K.+J auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.

5. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biographie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.

   Bei K.+J: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ichdefekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.

6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.

7. **Behandlungsplan,** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und der Darlegung realisierbar erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. Es muss in jedem Fall ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.

8. **Prognostische Einschätzung,** bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der Patientin oder des Patienten und seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung, sowie seiner Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei K.+J auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.

2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei K.+J auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin oder des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der Patientin oder des Patienten, seine Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei K.+J Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.

3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin oder des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten des Patienten, seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.

4. Änderungen des Therapieplanes mit Begründung.

5. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin oder des Patienten und Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

IV. Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen der Patientin oder des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten gegebenenfalls auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten. (Warum kommt die Patientin oder der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)

2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin oder des Patienten und Krankheitsanamnese:**

a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.

b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.

c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.

d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

   Bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.

3. **Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)

a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.

b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.

c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).

4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.

   Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.

   Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.

6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.

7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.

8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1.-3. und 5. des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.

2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.

3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Patienten.

....., den ....

(Stempel und Unterschrift

der Therapeutin oder des Therapeuten)

Formblatt 2a (zu Nummer 18.2.2)

Anonymisierungscode

Konsiliarbericht*)

vor Aufnahme

einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von:

_____

Name der Therapeutin / des Therapeuten

☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

☐ Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z. B. laufende Medikation):

☐ Befunde, die eine ärztliche/ärztlich-veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

☐ Befunde, die eine psychiatrische oder Kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

☐ Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist ☐ erfolgt ☐ veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich -veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

☐ Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

☐ ja ☐ nein

_____ _____

Ausstellungsdatum Stempel/Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ausstellungsdatum *Stempel/Unterschrift des Arztes*

Ausfertigung für die Therapeutin oder den Therapeuten

*) Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.

Formblatt 3 (zu Nummer 18.2.6)

(Dienststelle, Festsetzungsstelle)

(Anschrift der Gutachterin / des Gutachters)

Betr.: Beihilfevorschriften (BhV)
hier: Psychotherapie-Gutachten

Anlg.: 1 Antrag (Formblatt 1)
1 Bericht der Therapeutin / des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 4 - dreifach)
1 Freiumschlag

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

ich bitte um gutachtliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

Anonymisierungscode

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit und Entbindung von der Schweigepflicht ist der Bericht der Therapeutin_/des Therapeuten ist in einem verschlossenen Umschlag beigefügt

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

(Gutachten vom ..... Anzahl der Sitzungen .....

Name der Gutachterin oder des Gutachters
.....)*)

Ihr Gutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 4 nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41,00 Euro zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

*) Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

Formblatt 4 (zu Nummer 18.2.6)

Psychotherapie-Gutachten

für ……
(Anonymisierungscode)

Bezug: Auftragsschreiben vom

Stellungnahme:

	Einzelsitzungen	Gruppensitzungen
Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?		
1. für den Patienten / die Patientin		
2. für die begleitende Psychotherapie der Bezugsperson		

……
(Stempel und Unterschrift der Gutachterin / des Gutachters)

Formblatt 5 (zu Nummer 18.2.7)

(Dienststelle/Festsetzungsstelle)

.....

(Anschrift der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des Bevollmächtigten)

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

□ tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
□ analytischen Psychotherapie
□ Verhaltenstherapie

für.....durch.....
(Name der Patientin/des Patienten) (Name der Therapeutin/des Therapeuten)

für eine □ Einzelbehandlung □ Gruppenbehandlung bis zu - weiteren -

..... Sitzungen

□ für eine begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu - weiteren -

..... Sitzungen

nach Maßgabe der Beihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der oben genannten Festsetzungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Anhang 4

(AV zu § 22 LBhVO)

Übersicht beihilfefähiger Medizinprodukte

Produktbezeichnung	**Medizinische Notfälle**
1xklysma salinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern.
AMO™ ENDOSOL™	Für intraokuläre und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
Ampuwa® für Spülzwecke	- Zur Anfeuchtung von Tamponaden und Verbänden, - zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
Amvisc™	Zur Anwendung als Operationshilfe bei folgenden ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt: - Kataraktextraktion - Implantation einer Intraokularlinse (IOL) - Hornhauttransplantation - Filtrierende Glaukomoperation - Netzhautanlage
Amvisc™ Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei folgenden ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt: - Kataraktextraktion - Implantation einer Intraokularlinse (IOL) - Hornhauttransplantation - Filtrierende Glaukomoperation - Netzhautanlage
Aqua B. Braun	- zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen - zur Spülung von Wunden und Verbrennungen - zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden - zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern - zur mechanischen Augenspülung
*AT.Pur	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
Bausch & Lomb Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
BSS PLUS®	Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im

Produktbezeichnung	Medizinische Notfälle
(Alcon Pharma GMbH)	Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist.
BSS® STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon Pharma GmbH)	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
COATEL™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
Darmspülung HEXAL®	Darmreinigung zur Vorbereitung einer Darmspiegelung bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr
Dk-line®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
Dr. Deppe EndoStar®-Lavage	Darmreinigung zur Vorbereitung einer Darmspiegelung bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr
EtoPril®	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.
Freka-Clyss®	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12.Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mit Ausnahme von Säuglingen und Kleinkindern) und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.
Freka Drainjet® NaCl 0,9%	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden.

Produktbezeichnung	Medizinische Notfälle
Freka Drainjet® Purisole SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen.
Globance® Lavage	Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.
Globance® Lavage Apfel	Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.
Healon®	Für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen.
HSO®	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
HSO®Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
Hylo®-Gel	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bulosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
Jacutin® Pedicul Fluid	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.
Klistier Fresenius	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mit Ausnahme von Säuglingen und Kleinkindern) und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.
Laxatan® M	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 16. Le-

Produktbezeichnung	Medizinische Notfälle
	bensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opial- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 16 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.
Lubricano® Steriles Gel	Zur Anwendung bei Patientinnen und Patienten mit Katheterisierung.
Macrogol AbZ	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertukulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizient, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.
Macrogol AL	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opial- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.
Marcogol-CT Abführpulver	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertukulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizient, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung

Produktbezeichnung	Medizinische Notfälle
	der Obstipation.
Macrogol dura®	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase; Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.
Marcrogol HEXAL®	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase; Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.
Marcrogolratiopharm®	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase; Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.
Macrogol STADA®	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opial- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung

Produktbezeichnung	Medizinische Notfälle
	der Obstipation.
Macrogol TAD®	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opial- sowie Opiodtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.
Medicoforum Laxativ	Für Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.
MucoClear® 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem 6. Lebensjahr.
NaCl 0,9% B. Braun	- zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen - zur Spülung von Wunden und Verbrennungen - zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden - zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern - zur mechanischen Augenspülung
NaCl 0,9% Fresenius Kabi	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, der postoperativen Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
Nyda ®	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstö-

Produktbezeichnung	Medizinische Notfälle
	rungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.
OcuCoat®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
Oculentis BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
Okta-line™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
Oxane® 1300	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
Oxane® 5700	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
Pädiasalin® Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
PARI NaCl Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
Pe-Ha-Visco (2,0%)	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
polyvisc® 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
polysol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
ProVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse (IOL).

Produktbezeichnung	**Medizinische Notfälle**
Purisole® SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
Ringer B. Braun	- zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen - zur Spülung von Wunden und Verbrennungen - zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen
Ringer Fresenius Spüllösung	- Zum Freispülen des Operationsgebietes und zum Feuchthalten des Gewebes während operativer Eingriffe, - zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, - zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
Saliva natura	Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen
Serag BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
Serumwerk-Augenspüllösung BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
VISCOAT®	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt insbesondere bei Kataraktextraktion und Intraokularlinsenimplantation.

Anhang 5

(AV zu § 22 LBhVO)

Ausschluss von Lifestyle-Arzneimitteln nach § 22 LBhVO

Abmagerungsmittel (zentral wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amferamon	REGENON; TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ANTIADIPOSITUM X – 112 T
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	REDUCTIL
Phenylpropanolamin	BOXOGETTEN S; RECATOL mono
Rimonabant	ACOMPLIA

Abmagerungsmittel (Peripher wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	XENICAL

Erektile Dysfunktion

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 01 Alprostadil (Ausnahme als Diagnostikum)	CAVERJECT; CAVERJECT Impuls; MUSE; VIRIDAL
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA
G 04 BE 04 Yohimbin	YOCON GLENWOOD; YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phentolamin	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	IXENSE; UPRIMA
G 04 BE 08 Tadalafil	CIALIS
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin Kombinationen	

Nikotinabhängigkeit

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 01 Nicotin (nicht verschreibungspflichtig)	NIQUITIN
N 07 BA 02 Bupropion	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	CHAMPIX

Steigerung des sexuellen Verlangens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	INTRINSA

Verbesserung des Haarwuchses

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
D 11 AX 01 Minoxidil	REGAINE
D 11 AX 10 Finasterid	PROPECIA
Estradiolbenzoat; Prednisolon, Salicylsäure	ALPICORT F
Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	ELL CRANELL alpha
Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOSTIN
Dexamethason; Alfatradiol	ELL CRANELL dexa
Thiamin; Calcium pantothenat; Hefe, medizinisch; L-Cydtin; Keratin (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOVIGAR N

Verbesserung des Aussehens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
M 03 AX 01 Clostridium botulinum Toxin Typ A	VISTABEL DYSPORT ausgenommen bei idiopathischem Blepharospasmus, bei einfachem idiopathischen rotierenden Torticollis spasmodicus und bei Armspastik

Anhang 6

(AV zu § 35 Absatz 1 Nummer 4 LBhVO)

1. Kurorteverzeichnis Inland

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
A				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433	Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg Au, Kalkofen,Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Seeheilbad
Aibling	83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773	Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Balge	31609	Balge	B - Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Seeheilbad
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Bayreuth	95410	Bayreuth	B – Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellenkurbetrieb
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bederkesa	G	Moorheilbad
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806	Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge Frankenhammer, Kutschenrangen Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470	Bernkastel-Kues	Stadtteil Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneipp-kurort
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	84364	Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440	Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389	Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen-

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
				Kurbetrieb
Boltenhagen	23944	Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard	Kneippheilbad
			b) Bad Salzig	Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-) Heilbad
Bramstedt	24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Braunlage	38700	Braunlage	G mit Hohegeiß	Heilklimatischer Kurort
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückenau	97769	Bad Brückenau	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-) Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G - ausgenommen der Ortsteil „Hasenholz“	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	25761	Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769	Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad

C

Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal-Zellerfeld	38678	Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg - Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad

D

Dahme	23747	Dahme	Dahme	Seeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582	Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209	Bad Doberan	Bad Doberan	(Moor-) Heilbad
			Heiligendamm	Seeheilbad
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	(Moor-) Heilbad
Dürkheim	67098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-) Heilbad und Heilklimatischer Kurort

E

Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Heilbad
Elster	04645	Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheil-bad
Ems	56130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308	Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham	Heilbad
			Kurf, Rachental, Ströbing	
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
F				
Fallingbostel	29683	Fallingbostel	Fallingbostel	Kneippheilbad
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Finsterberg	99898	Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	K	Sole-Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach	Heilbad
			b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Kneippkurort
Füssing	94072	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Egglfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad
G				
Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467	Garmisch-Partenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Seeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal Weghof	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
Grönenbach	87728	Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhoven, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad

H

Haffkrug-Scharbeutz	23683	Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Seeheilbad
Haigerloch	72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Heilbrunn	83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg,	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
			Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	B	Heilquellen-Kurbetrieb
Heringsdorf	17442	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-) Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	(Mineral-) Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87541	Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Seeheilbad
Holzminden	37603	Holzminden	Neuhaus	Heilklimatischer Kurort
Homburg	61348	Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	32805	Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal-Sole-Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	93444	Kötzting	Stadteil Kötzting	Kneippheilbad
Kohlgrub	82433	Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	55543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381	Krumbach (Schwaben)	B - Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112	Lahnstein	Stadtteil Lahnstein auf der Höhe	Heilquellen-Kurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	Schwefel-Sole-Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	G	Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	K	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Lobenstein	Lobenstein	Moor- Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Lüneburg	21335	Lüneburg	Kurpark mit Kurzentrum	Sole-Moor-Heilbad

M

Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
Marktschellenberg	83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mölln	23879	Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen-

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
				Kurbetrieb
Münder	31848	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Murnau	82418	Murnau a. Staffelsee	B - Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb

N

Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B - Badehaus Maiersreuth Sybillenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75386	Neubulach	Neubulach	Heilstollen- Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	93333	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburg	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
O				
Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740	Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Porta Westfalica	32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch Oldendorf	32361	Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209	Prien a. Chiemsee	G - ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	Heilbad
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	74906	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-) Heilbad
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort

S

Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	G	Mineralheilbad und Moorbad
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau, Krippen, Ostrau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
Scheidegg	88175	Scheidegg	G	Kneippkurort und Heil-klimatischer Kurort
Schieder	32816	Schieder- Schwalen-	Schieder, Glashütte	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
		berg		
Schlangenbad	65388	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301	Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Fredeburg	Kneippkurort
			b) Grafschaft	Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömberg	75328	Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471	Schönau a. Königsee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad und Kneipp-kurort
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624	Schönebeck-Salzelmen	G	Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-) Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B - Kurheim Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	53489	Sinzig	Bad Bodendorf	Heilbad
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden-Salmünster	Bad Soden	Mineralheilbad
Soltau	29614	Soltau	B	(Sole-) Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Andreasberg	37444	St. Andreasberg	G	Heilklimatischer Kurort
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mineralheilbad
Staffelstein	96226	Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Suderode	06507	Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	(Moor- u. Sole-) Heilbad
Sulza	99518	Bad Sulza	Bad Sulza	Sole-Heilbad

T

Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneipp-Kurort
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385	Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Thyrnau	94136	Thyrnau	B - Sanatorium Kellberg	Mineralquellen-Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
Todtmoos	79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Tölz	83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Moorheilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B - Altmühltherme/Lambertusbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U				
Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	26316	Varel	B - Dangast	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen-Schwenningen	78050	Villingen- Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W				
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486	Wangerooge	G	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heilquelle)
Warmbad	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wieda	37447	Wieda	Wieda	Heilklimatischer Kurort
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildemann	38709	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Upland)	a) K b) Usseln	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort und Heilbad Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moorheilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-) Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimer- mühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946	Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wünnenberg	33181	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-) Heilbad
Wyk a. F.	25938	Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Z				
Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
Zwesten	34596	Zwesten	K	Heilbad und Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

*) B = Einzelkurbetrieb
G = gesamtes Gemeindegebiet
K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

2. Register der Kurorte (Ortsteile),

die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer Stelle aufgeführt sind

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Alschbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Agering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach
B	
Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Bernwies	Heilbrunn
Berg	Stuttgart
Birgsau	Oberstdorf
Blenhorst	Balge
Bockswiese	Goslar
Bodendorf	Sinzig
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Bruck	Hindelang
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
C	
Cannstadt	Stuttgart
D	
Dangast	Varel
Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf
Dobra	Liebenwerda
Dürnöd	Füssing
E	
Ebene	Oberstdorf
Eckarts	Brückenau
Eckenhagen	Reichshof
Egg	Grönenbach
Egglfing a. Inn	Füssing
Einödsbach	Oberstdorf
Eisenbartling	Endorf
Eitlöd	Füssing
Eldern	Ottobeuren
Elkeringhausen	Winterberg
Erbach	Wimpfen
F	
Faistenoy	Oberstdorf
Faulenbach	Füssen
Faulenfürst	Schluchsee
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
G	
Gailenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a.d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
Graben	Heilbrunn
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Groß	Hindelang
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
H	
Hahnenklee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg
Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn
Hinterstein	Hindelang
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hohegeiß	Braunlage
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füssen
Hopfenberg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland
Hub	Füssing

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenbach
I	
Imnau	Haigerloch
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
J	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimermühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornofen	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck
L	
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Liebenstein	Hindelang
Linden	Heilbrunnn
M	

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenbach
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönborn
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn
N	
Neuhaus	Holzminden
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
O	
Oberbuchen	Heilbrunn
Oberdorf	Hindelang
Oberenzenau	Heilbrunn
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammenried	Wörishofen
Oberjoch	Hindelang
Obermühl	Heilbrunn
Oberreuthen	Füssing
Obersteinbach	Heilbrunn
Obertal	Baiersbronn
Ölmühle	Grönenbach
Oos	Baden-Baden
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
P	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing
Poinzaun	Füssing

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
R	
Rachental	Endorf
Ramsau	Heilbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grönenbach
Rechberg	Grönenbach
Reckenberg	Hindelang
Reichenbach	Waldbronn
Reindlschmiede	Heilbrunn
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing
Riedle	Hindelang
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
S	
Safferstetten	Füssing
Saig	Lenzkirch
Salzburg	Neustadt a. d. Saale
Salzhausen	Nidda
Salzig	Boppard
Sand	Emstal
Schieferöd	Füssing
Schillig	Wangerland
Schöchlöd	Füssing
Schönau	Heilbrunn
Schöneschach	Wörishofen
Schwand	Oberstdorf
Schwarzenberg-Schönmünzach	Baiersbronn
Schwenden	Grönenbach
Sebastiansweiler	Mössingen
Seebruch	Vlotho
Seefeld	Grönenbach
Senkelteich	Vlotho

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Sohl	Elster
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf
T	
Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl
U	
Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterjoch	Hindelang
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen
V	
Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing
Vorderhindelang	Hindelang
W	
Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim
Warmbad	Wolkenstein
Warmeleithen	Berneck
Weghof	Griesbach

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weiherweber	Heilbrunn
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wörnern	Heilbrunn
Würding	Füssing
Z	
Zeitlofs	Brückenau
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnheim	Marienberg
Zwicklarn	Füssing

Anhang 7

(AV zu § 35 Absatz 1 Nummer 4 LBhVO)

Kurorteverzeichnis EU-Ausland

Bulgarien

Seebad Goldstrand

England

Bath

Frankreich

Aix-les-Bains

Amèlie-les-Bains

Cambo-les-Bains

Dax

La Roche-Posay

Italien

Abano Terme

Galzignano

Ischia

Montegrotto

Österreich

Badgastein

Bad-Hall in Tirol

Bad Hofgastein

Bad Schönau

Bad Waltersdorf

Oberlaa

Polen

Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj

Swinemünde (Ortsteil Usedom)

Rumänien

Bad Felix / Baile Felix

Slowakei

Piestany

Turcianske Teplice

Weinitz / Bojnice

Tschechien

Bad Belohrad / Lazne Belohrad

Bad Joachimsthal / Jachymov

Bad Teplitz / Lazne Teplice v Cechach

Franzensbad / Frantiskovy Lazne

Johannisbad / Janske Lazne

Karlsbad / Karlovy Vary

Konstantinsbad / Konstantinovy Lazne

Luhacovice

Marienbad / Marianske Lazne

Ungarn

Bad Heviz

Bad Zalakaros

Bük

Hajduszoboszlo

Komarom

Sarvar

Kurorteverzeichnis Ausland

Ortsnamen am Toten Meer

Ein Boqeq,

Salt Land Village,

Sdom

Anhang 8

(zu Nummer 35.1.6.1)

Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Oktober 2003

i. d. F. vom 01. Januar 2007

Um sicherzustellen, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Absatz 1 Nummer 3 und 4 SGB IX im Rahmen der für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften nach einheitlichen Grundsätzen erbracht bzw. gefördert werden, treffen die Rehabilitationsträger

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die gesetzlichen Unfallversicherungsträger
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte
- die Träger der Kriegsopferversorgung

und

- der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.
- der Deutsche Behindertensportverband e.V.
- die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V.
- die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

unter Beteiligung

- der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und
- des Weibernetzes e.V.

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die folgende Rahmenvereinbarung.

Ihren Beitritt zur Rahmenvereinbarung haben außerdem erklärt:

- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
- Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e.V.
- Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.

- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e.V.

1 Zuständigkeit der Rehabilitationsträger

1.1 Die Rehabilitationsträger erbringen Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Absatz 1 Nummer 3 und 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 SGB V, § 28 SGB VI, § 39 SGB VII, § 10 Absatz 1 ALG sowie Leistungen nach § 11 Absatz 5 und § 12 Absatz 1 BVG[1], um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.[2] Diese Rehabilitationsziele orientieren sich im Sinne der ICF an dem gesamten Lebenshintergrund der betroffenen Menschen.

1.2 Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn bereits während dieser Leistung die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining vom Arzt / von der Ärztin der Rehabilitationseinrichtung festgestellt worden ist und der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch den Rehabilitationssport / das Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt.

1.3 Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining ergänzend zu medizinischen Maßnahmen und im Anschluss an diese, im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie auch im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

1.4 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind nicht als Ersatz für unzureichende Angebote an Spiel- und Sportmöglichkeiten in Einrichtungen der Behindertenhilfe, im Kindergarten, im allgemeinen Sportunterricht, in Sondergruppen außerhalb des Schulbetriebs und an der Hochschule zu verordnen.

1.5 Durch diese Rahmenvereinbarung unberührt bleiben die Durchführung von Breiten-, Freizeit- und Leistungssport behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen sowie die Zuständigkeit für die Ausbildung des bei der Durchführung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings notwendigen Personals.

---

[1] BVG – Bundesversorgungsgesetz, SGB – Sozialgesetzbuch, ALG – Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte.

[2] Versehrtenleibesübungen sind nicht Gegenstand dieser Rahmenvereinbarung; für die Versehrtenleibesübungen gilt § 10 Abs. 3 BVG.

2 Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports

2.1 Rehabilitationssport kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen[3] in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Ziffer 15.1 ist zu beachten.

2.2 Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein.

2.3 Ziel ist, ihre Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat das Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken und ihn zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining - z.B. durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe bzw. im Verein auf eigene Kosten - zu motivieren.

2.4 Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Auch Maßnahmen, die einem krankheits- / behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z.B. Entspannungsübungen), sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmer/-innen abzustellen.

2.5 Maßnahmen des Rehabilitationssports beinhalten bei Bedarf auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, deren Selbstbewusstsein als Folge der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen die Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.[4]

---

[3] Zu diesen Personenkreisen gehören i.S.d. Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

[4] Die Vereinbarungspartner werden über entsprechende Konzeptionen beraten, so bald geeignete Vorschläge vorliegen.

3 Ziel, Zweck und Inhalt des Funktionstrainings

3.1 Funktionstraining kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen[5] in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Insbesondere kann Funktionstraining bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein. Ziffer 15.1 ist zu beachten.

3.2 Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Funktionstraining ist organorientiert.

3.3 Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken und ihn zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms auf eigene Kosten, z.B. durch die weitere Teilnahme an Bewegungsangeboten, zu motivieren.

3.4 Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe unter fachkundiger Leitung vor allem durch Physiotherapeuten/-innen / Krankengymnasten/-innen im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Daneben können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein.

---

5 Zu diesen Personenkreisen gehören i.S.d. Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

4 Leistungsumfang / Dauer / Leistungsausschlüsse

4.1 Die Erforderlichkeit für Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung ist grundsätzlich so lange gegeben, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltungen auf die fachkundige Leitung des/der Übungsleiter/-in / Therapeuten/-in angewiesen ist, um die in Ziffer 2.3 und Ziffer 3.3 genannten Ziele zu erreichen. Die Notwendigkeit für Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining kann erneut nach ambulanten oder stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestehen.

4.2 In der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte werden Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Regel bis zu 6 Monaten, längstens bis zu 12 Monaten, übernommen. Eine längere Leistungsdauer als 6 Monate ist möglich, wenn dieses aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Dies kann der Fall sein, wenn:

- bei einer schweren chronischen Herzkrankheit weiterhin ärztliche Aufsicht erforderlich ist oder
- eine eigenverantwortliche Durchführung des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings krankheits- / behinderungsbedingt nicht oder noch nicht möglich ist, weil z.B. wegen der Veränderungen des Krankheitsbildes eine ständige Anpassung der Übungen erforderlich ist.

4.3 Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Dauer des Anspruchs auf Rehabilitationssport / Funktionstraining grundsätzlich nicht begrenzt. Auch eine wiederholte Gewährung von Rehabilitationssport / Funktionstraining ist daher möglich. Dies kommt insbesondere in Betracht bei:

- schweren Mobilitätsbehinderungen (Cerebralparese, Querschnittlähmung, Amputation, schwere Schädel-Hirnverletzung oder Lähmung von Gliedmaßen, u.a. Bein oder Arm),
- Erblindung.

4.4 In der gesetzlichen Krankenversicherung werden Rehabilitationssport und Funktionstraining längstens für die in den Ziffern 4.4.1 bis 4.4.3 genannten Zeiträume erbracht. Ausnahmen gelten lediglich für die in Ziffer 4.4.4 aufgeführten Fälle. Leistungen anderer Rehabilitationsträger, die im zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der beantragten Leistung stehen, werden auf den Leistungsumfang nach Ziffern 4.4.1 bis 4.4.4 angerechnet.

4.4.1 Rehabilitationssport: In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports 50 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum

von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei folgenden Krankheiten kann wegen der häufig schweren Beeinträchtigungen der Mobilität oder Selbstversorgung im Sinn der ICF sowie der erforderlichen komplexen Übungen ein erweiterter Leistungsumfang von insgesamt 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten notwendig sein und bewilligt werden:

1. Infantile Zerebralparese
2. Querschnittlähmung, schwere Lähmungen (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
3. Doppelamputation von Gliedmaßen (Arm/Arm, Bein/Bein, Arm/Bein)
4. Organische Hirnschädigungen durch:
   - Schädel-Hirn-Trauma
   - Tumore
   - Infektion (Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS)
   - vaskulären Insult (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit)
5. Multiple Sklerose
6. Morbus Parkinson
7. Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
8. Glasknochen (Osteogenesis imperfecta)
9. Muskeldystrophie
10. Marfan-Syndrom
11. Asthma bronchiale
12. Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
13. Mukoviszidose (zystische Fibrose)
14. Polyneuropathie
15. Dialysepflichtiges Nierenversagen (terminale Niereninsuffizienz).

Auch bei therapieresistenter Epilepsie kann wegen der besonderen Anforderungen an die individuelle Betreuung der erweiterte Leistungsumfang von 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten notwendig sein. Ebenso kann bei einer in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworbenen Blindheit beider Augen wegen der schwierigen und zu erlernenden Orientierung im Raum dieser erweiterte Leistungsumfang in Betracht kommen.

4.4.2 Rehabilitationssport in Herzgruppen:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports in Herzgruppen bei chronischen Herzkrankheiten 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 30 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten.

Folgeverordnungen sind möglich bei

- reduzierter links ventrikulärer Funktion (EF[6] < 40 %) und eingeschränkter Dauerbelastbarkeit (= maximale ergometrische Belastbarkeit abzüglich 30 %) ≤ 0,75 W/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als 6 Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder
- symptomlimitierter Dauerbelastbarkeit auf Werte ≤ 0,75 W/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als 6 Monate) aufgrund von Ischämiekriterien (belastungsabhängige Angina pectoris oder ST-Streckensenkungen bei nicht revaskularisierbaren Patienten).

Der Leistungsumfang beträgt je Folgeverordnung 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 30 Monaten in Anspruch genommen werden können.

Rehabilitationssport im Leistungsumfang nach Satz 1 kann nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung erneut in Betracht kommen:

- nach akutem Herz-Kreislaufstillstand,
- nach transmuralem Herzinfarkt,
- nach instabiler Angina pectoris (Non-Stemi-Infarkt),
- nach Bypassoperation,
- nach Herztransplantation und
- bei Zustand nach ICD (Implantierbarer Kardioverterdefibrillator).

Näheres ist in den Empfehlungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR) vom 24. Juli 2003 geregelt. Hinsichtlich der Besonderheiten des Rehabilitationssports mit herzkranken Kindern ist das DGPR-Positionspapier „Die Kinderherzgruppe (KHG)“ vom Oktober 2005 zu beachten.

[6] Ejektionsfraktion (Herzauswurfsleistung)

4.4.3 Funktionstraining:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Funktionstrainings 12 Monate. Bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch chronisch bzw. chronisch progredient verlaufende entzündlich rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Psoriasis-Arthritis), schwere Polyarthrosen, Kollagenosen, Fibromyalgie-Syndrome und Osteoporose beträgt der Leistungsumfang 24 Monate.

4.4.4 Eine längere Leistungsdauer ist nur möglich, wenn die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung wegen geistiger oder psychischer Krankheiten/Behinderungen, die selbstgesteuerte Aktivitäten zur Durchführung des Übungsprogramms nicht ermöglichen, nicht oder noch nicht gegeben ist. In diesen Fällen erfolgen die Erst- bzw. ggf. weitere notwendige Folgeverordnung(en) bei Rehabilitationssport für 120 Übungseinheiten in 36 Monaten, in Herzgruppen für 90 Übungseinheiten in 30 Monaten, bei Funktionstraining für 24 Monate.

4.5 Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung sind nicht Übungen ohne medizinische Notwendigkeit, die lediglich der Erzielung oder Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen dienen (z.B. freies Schwimmen an so genannten Warmbadetagen).

4.6 Rehabilitationssport ist kein Leistungssport. Das schließt Leistungsvergleiche unter Teilnehmern/-innen an einer Übungsveranstaltung nicht aus.

4.7 Vom Rehabilitationssport und Funktionstraining ausgeschlossen sind Maßnahmen, die vorrangig oder ausschließlich:

- auf Beratung und Einübung von Hilfsmitteln abzielen (z.B. Rollstuhlkurse),
- Übungen an technischen Geräten, z.B. Sequenztrainingsgeräten, beinhalten,
- Selbstverteidigungsübungen und Übungen aus dem Kampfsportbereich umfassen.

5 Rehabilitationssportarten

5.1 Rehabilitationssportarten sind:

- Gymnastik,
- Leichtathletik,
- Schwimmen,
- Bewegungsspiele in Gruppen, soweit es sich um Übungen handelt, mit denen das Ziel des Rehabilitationssports erreicht werden kann.

Geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten können in die Übungsveranstaltungen eingebunden werden (z.B. Elemente aus Judo, Karate, Taekwan-Do, Jiu-Jitsu, Entspannungsübungen). Dies gilt auch für eigenständige Übungsveranstaltungen, z.B. zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen.

5.2 Die Rehabilitationsträger können weitere Rehabilitationssportarten anerkennen, wenn das Ziel des Rehabilitationssports durch die in Ziffer 5.1 genannten Rehabilitationssportarten nicht erreicht werden kann (z.B. Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl, Sportkegeln für blinde Menschen).

5.3 Für eine Anerkennung als Rehabilitationssport kommen nicht in Betracht:

- Kampfsportarten und Sportarten der Selbstverteidigung (z.B. Boxen, Kickboxen, Ringen, Judo, Karate, Taekwan-Do, Jiu-Jitsu),
- Sportarten, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr oder ein anderes gesundheitliches Risiko besteht,
- Sportarten, die gemessen an den Kosten für den Rehabilitationssport im Sinne der Ziffer 5.1 einen unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand erfordern.

6 Funktionstrainingsarten

Funktionstrainingsarten sind insbesondere:

- Trockengymnastik,
- Wassergymnastik.

7 Durchführung des Rehabilitationssports / Funktionstrainings

7.1 Die Durchführung des Rehabilitationssports obliegt in der Regel den örtlichen Rehabilitationssportgruppen, die über die Landesbehinderten-Sportverbände dem Deutschen Behinderten-Sportverband (DBS) angehören. Auch andere Organisationen (z.B. die Mitgliedsvereine der Landessportbünde bzw. deren Fachverbände, die Mitglieder der Landesorganisationen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen – DGPR) können den Rehabilitationssport durchführen.

7.2 Die Durchführung des Funktionstrainings obliegt in der Regel den örtlichen Arbeitsgemeinschaften, die über die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga angehören. Auch andere Selbsthilfegruppen (z.B. Selbsthilfegruppen des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew) können das Funktionstraining durchführen.

8 Anerkennung und Überprüfung der Rehabilitationssportgruppen

8.1 Rehabilitationssportgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vgl. Anlage).

8.2 Die Anerkennung dieser Gruppen erfolgt grundsätzlich durch die Landesverbände des DBS. Bei Herzgruppen wird die Anerkennung auch durch die Landesorganisationen der DGPR ausgesprochen.

8.3 Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Rehabilitationssport beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.

8.4 Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen, die nicht Mitglied in einem/r Landesverband/-organisation des DBS bzw. der DGPR sind, erfolgt durch die Rehabilitationsträger bzw. Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene.

8.5 Die Anerkennung kann durch vertragliche Regelungen auf Dritte übertragen werden.

8.6 Die Ziffern 8.2 bis 8.4 gelten, sofern nicht ein Rehabilitationsträger sich die Anerkennung vorbehält.

8.7 Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Rehabilitationssports erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Rehabilitationssportgruppen verantwortlich sind. Ziffer 19.1 ist zu beachten. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Rehabilitationssports im Einzelfall zu prüfen.

8.8 Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu melden.

9 Anerkennung und Überprüfung von Funktionstrainingsgruppen

9.1 Funktionstrainingsgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vgl. Anlage).

9.2 Bei Rheuma-Funktionstrainingsgruppen wird die Anerkennung grundsätzlich durch die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga ausgesprochen.

9.3 Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Funktionstraining beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.

9.4 Die Anerkennung von Funktionstrainingsgruppen, die nicht einem Mitgliedsverband der Deutschen Rheuma-Liga angehören, erfolgt durch die Rehabilitationsträger bzw. durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene.

9.5 Die Anerkennung kann durch vertragliche Regelungen auf Dritte übertragen werden.

9.6 Die Ziffern 9.2 bis 9.4 gelten, sofern nicht ein Rehabilitationsträger sich die Anerkennung vorbehält.

9.7 Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Funktionstrainings erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Funktionstrainingsgruppen verantwortlich sind. Ziffer 19.1 ist zu beachten. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Funktionstrainings im Einzelfall zu prüfen.

9.8 Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens

einmal jährlich, zu melden.

10 Übungsgruppen für Rehabilitationssport, Dauer der Übungseinheiten

10.1 Beim Rehabilitationssport beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in; geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen.
Bei der Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen bestimmt der/die betreuende Arzt/Ärztin die Teilnehmerzahl, die nicht größer als 20 sein darf.

Sofern Menschen mit Blindheit, Doppelamputation, Hirnverletzung, behinderte Menschen mit schweren Lähmungen oder andere schwerstbehinderte Menschen Rehabilitationssport in spezifischen Übungsgruppen durchführen, sollen diesen nicht mehr als 7 Teilnehmer/-innen angehören.

10.2 Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und für Jugendliche sind möglichst altersgerechte Übungsgruppen zu bilden. Die Zahl der Teilnehmer/-innen einer Übungsgruppe für Kinder soll 10, bei schwerstbehinderten Kindern 5 nicht übersteigen. Für Jugendliche gilt hinsichtlich der Gruppengröße Ziffer 10.1 entsprechend. Von den Rehabilitationssportgruppen ist die für die Sicherheit der Kinder und Jugendlichen während ihres Aufenthaltes in der Übungsstätte notwendige zusätzliche Vorsorge zu treffen.

10.3 Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 45 Minuten, beim Rehabilitationssport in Herzgruppen mindestens 60 Minuten betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.

11 Übungsgruppen für Funktionstraining, Dauer der Übungseinheiten

11.1 Beim Funktionstraining beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Therapeut/-in/Übungsleiter/-in. Geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen. In Abhängigkeit von Erkrankung und Therapieziel sollen erforderlichenfalls spezielle Übungsgruppen gebildet werden.

11.2 Ziffer 10.2 gilt entsprechend.

11.3 Trocken- und Wassergymnastik können sich ergänzen; sofern beide Formen medizinisch erforderlich sind, sollen sie an jeweils verschiedenen Wochentagen stattfinden.

11.4 Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 30 Minuten bei Trockengymnastik bzw. grundsätzlich mindestens 15 Minuten bei Wassergymnastik betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.

12 Ärztliche Betreuung / Überwachung des Rehabilitationssports

12.1 Grundsätzlich erfolgen die ärztliche Betreuung und Überwachung des einzelnen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen auch im Hinblick auf den Rehabilitationssport durch den behandelnden/verordnenden Arzt/die behandelnde/verordnende Ärztin. Die Betreuung der Rehabilitationssportgruppen erfolgt durch einen Arzt/eine Ärztin, der/die die Teilnehmer/-innen und die/den Übungsleiter/-in bei Bedarf während der Übungsveranstaltung berät. Dieser Arzt/diese Ärztin informiert die/den behandelnde/n / verordnende/n Arzt/Ärztin über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports, sofern dies für die Verordnung / Behandlung von Bedeutung ist.

12.2 Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltungen erforderlich. Mit der ärztlichen Betreuung und Überwachung des Rehabilitationssports in Herzgruppen sind auf dem Gebiet des Rehabilitationssports erfahrene Ärzte/Ärztinnen zu beauftragen. Ihre Aufgabe ist es,

- auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde die auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmten Übungen festzulegen,
- zu Beginn jeder Übungsveranstaltung ist die Belastbarkeit durch Befragung festzustellen und zu berücksichtigen; ggf. sind dem/der Übungsleiter/-in ent-

sprechende Anweisungen zu erteilen,

- während der Übungen die Teilnehmer/-innen zu überwachen,
- den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu beraten.

Die Belastungsvorgaben einschließlich der Befunde sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. sind schriftlich zu dokumentieren.
Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten zusätzlich die mit den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger abgestimmten Richtlinien der DGPR.

13 Leitung des Rehabilitationssports

13.1 Beim Rehabilitationssport müssen die Übungen von Übungsleitern/-innen geleitet werden, die aufgrund eines besonderen Qualifikationsnachweises -z.B. Fachübungsleiter/-in „Rehabilitationssport“ nach den Ausbildungsrichtlinien des DBS bzw. nach den Rahmen-Richtlinien für die Ausbildung im Bereich des Deutschen Olympischen Sportbundes - die Gewähr für eine fachkundige Anleitung und Überwachung der Gruppen bieten.

13.2 Die für den Rehabilitationssport mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Übungsleiter/-innen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologisch-pädagogischen Fähigkeiten besitzen.

13.3 Eigenständige Übungsveranstaltungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen müssen von Übungsleiterinnen geleitet werden.

14 Leitung des Funktionstrainings

14.1 Beim Funktionstraining kommen für die Leitung der Trainingsgruppen vor allem Physiotherapeuten/-innen / Krankengymnasten/-innen mit speziellen Erfahrungen und spezieller Fortbildung für den Bereich der rheumatischen Erkrankungen / Osteoporose einschließlich Wassergymnastik und Atemgymnastik und mit Kenntnissen und Erfahrungen in der psychischen und pädagogischen Führung in Betracht. Sie müssen in der Lage sein, die Leistungsfähigkeit und die darauf abzustimmenden Übungen für den/die einzelnen Patienten/-in einzuschätzen.

14.2 Die Leitung der Funktionstrainingsgruppen kann auch von anderen qualifizierten Therapeuten/-innen (z.B. Diplomsportlehrer/-innen, Masseur/-innen und Medizinische Bademeister/-innen) mit einer von den Rehabilitationsträgern anerkannten Fort-/Zusatzausbildung für das Funktionstraining wahrgenommen werden.

14.3 Die erforderliche ergotherapeutische Betreuung soll, insbesondere auch im Hinblick auf die Beratung über Ausstattung und Einübung im Gebrauch von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens, gewährleistet sein. Zu beachten ist Ziffer 3.4.

14.4 Die für Funktionstraining mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Therapeuten/ -innen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologischpädagogischen Fähigkeiten besitzen.

15 Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining

15.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining werden bei Bedarf von dem behandelnden Arzt/der Ärztin verordnet. Für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte kann Rehabilitationssport und Funktionstraining auch durch den Arzt/die Ärztin der Rehabilitationseinrichtung verordnet werden. Ziffer 1.2 ist zu beachten.

15.2 Die Verordnung muss enthalten:

1. die Diagnose nach ICD 10, ggf. die Nebendiagnosen, soweit sie Berücksichtigung finden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit haben,
2. die Gründe und Ziele, weshalb Rehabilitationssport / Funktionstraining erforderlich ist; dazu sind auch Angaben über die vorliegenden Funktionseinschränkungen und zur psychischen und physischen Belastbarkeit zu machen,
3. die Dauer des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings,
4. eine Empfehlung für die Auswahl der für die Behinderung geeigneten Rehabilitationssportart bzw. Funktionstrainingsart, bei Herzgruppen die Empfehlung zur Übungs- oder Trainingsgruppe sowie Empfehlungen für besondere Inhalte des Rehabilitationssports, z.B. Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen.

15.3 Die einzelne Verordnung erstreckt sich im Allgemeinen auf bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche; sie gilt nur für den vom verordnenden Arzt/von der verordnenden Ärztin für notwendig erachteten Zeitraum, für die gesetzliche Krankenversicherung längstens für den in Ziffer 4.4.1 bis 4.4.4 genannten Zeitraum, für die gesetzliche Rentenversicherung und die Altersicherung der Landwirte längstens für den in Ziffer 4.2 genannten Zeitraum.

15.4 Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining jeweils für ein halbes Jahr auszustellen. In Ausnahmefällen kann dieser Zeitraum bis zu einem Jahr betragen.

15.5 Die Ziffern 15.2 bis 15.4 gelten auch für eine Folgeverordnung.

15.6 Die Verordnung von Rehabilitationssport ausschließlich wegen mangelnden Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen ist nicht indiziert.

16 Bewilligung, Übertragung, Auswahl der Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe

16.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind vor dem Beginn durch den Rehabilitationsträger zu bewilligen. Dies gilt auch für Folgeverordnungen.

16.2 Nimmt ein behinderter oder von Behinderung bedrohter Mensch an den ihm für einen bestimmten Zeitraum bewilligten Übungsveranstaltungen nicht teil, ist eine Übertragung auf einen späteren Zeitraum grundsätzlich nicht zulässig.

16.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind in der Regel in der Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe durchzuführen, die dem Wohn- oder Arbeitsort des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen am nächsten gelegen ist, es sei denn, dass bei dieser Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe die ärztlich verordneten Übungen nicht durchgeführt werden oder der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch aus sonstigen Gründen diese Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe nicht in Anspruch nehmen kann. Seinen berechtigten Wünschen ist zu entsprechen. Hierbei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

17 Kostenregelung

17.1 Die Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining wird in der Regel zwischen den Bundes- / Landesorganisationen der Träger von Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen und den Rehabilitationsträgern vertraglich geregelt. Die Vergütungen können pauschaliert werden.

17.2 Die Träger der Rehabilitationssportgruppen bzw. Funktionstrainingsgruppen haben eine pauschale Unfallversicherung für die Teilnehmer/-innen an den Übungsveranstaltungen abzuschließen, sofern nicht bereits eine Sportversicherung besteht.

17.3 Die Rehabilitationsträger übernehmen für die persönliche Sportbekleidung und -ausrüstung (z.B. Trainingsanzug, Sporthemd, Sporthose, Sportschuhe, Badebe-

kleidung, Schläger) keine Kosten. Die für die Durchführung im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel sowie deren für die Ausübung des Rehabilitationssports/des Funktionstrainings notwendige Anpassung werden nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen erbracht. Die für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining notwendigen Sport-/Trainingsgeräte sind von der Rehabilitationssportgruppe / der Funktionstrainingsgruppe zu stellen. Die Kosten ihrer Anschaffung oder Benutzung werden durch die für die Übungsveranstaltungen zu zahlende Vergütung nach Ziffer 17.1 abgegolten.

17.4 Die Rehabilitationsträger begrüßen eine Mitgliedschaft in den Rehabilitationssportgruppen bzw. Funktionstrainingsgruppen auf freiwilliger Basis, um die eigenverantwortliche Durchführung des Bewegungstrainings zu fördern und nachhaltig zu sichern. Eine Mitgliedschaft in der Gruppe, Selbsthilfegruppe oder im Verein ist jedoch für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining für die Dauer der Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers nicht verpflichtend.

17.5 Es ist nicht zulässig, neben der Vergütung des Rehabilitationsträgers für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen etc. von den Teilnehmer/-innen zu fordern.

Mitgliedsbeiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft sind möglich.

18 Abrechnungsverfahren

18.1 Die Abrechnung für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen erfolgt grundsätzlich zwischen dem Rehabilitationsträger und dem Träger der Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe. Die Abrechnung durch von den Leistungserbringern beauftragte Dritte ist möglich (z.B. im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V).

18.2 Der Teilnahmenachweis hat durch Unterschrift des/der Teilnehmers/-in für jede Übungsveranstaltung zu erfolgen. Abweichungen hiervon können vertraglich geregelt oder im Einzelfall mit dem Rehabilitationsträger abgesprochen werden.

19 Qualitätssicherung

19.1 Die Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

19.2 Für die Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen. Näheres wird in den Verträgen nach Ziffer 17.1 zwischen den Beteiligten geregelt.

20 In-Kraft-Treten

20.1 Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01. Januar 2007 in Kraft. Mit In-Kraft-Treten wird die „Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Fassung vom 01. Oktober 2003“ außer Kraft gesetzt.

20.2 Alle vor dem 01. Januar 2007 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining behalten ihre Gültigkeit.

20.3 Für alle ab 01. Januar 2007 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining gilt die vorliegende Rahmenvereinbarung. Sofern Rehabilitationssport und Funktionstraining zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 bereits in Anspruch genommen wurden, sind die Voraussetzungen für eine Folgeverordnung (vgl. Ziffern 4.4.2, 4.4.4 und 15.5) zu beachten.

20.4 Die Partner der Rahmenvereinbarung werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen prüfen, ob die Rahmenvereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen, insbesondere im Rahmen der Anwendung der ICF, verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss.

20.5 Die Rahmenvereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Jahr, frühestens zum 31. Dezember 2009, schriftlich gegenüber den Vereinbarungspartnern gekündigt werden.

20.6 Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Rahmenvereinbarung für die anderen Vereinbarungspartner unverändert bestehen.

<u>Anlage zur Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport / Funktionstraining</u> Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen

1. Allgemeine Angaben

- Name, Anschrift des Trägers der Gruppe
- Ansprechpartner/-in der Gruppe (Name, Anschrift, Telefon)
- Institutionskennzeichen
- In welchem übergeordneten Verband / Organisation ist der Träger der Gruppe Mitglied?
- Anerkennung der Gruppe beantragt am ..... ab .....
- Angabe der Rehabilitationssportart / Funktionstrainingsart - anerkannt? Ab wann?
- Ort, Zeit und Dauer der Übungsveranstaltung
- Werden Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen angeboten / durchgeführt? Wenn ja, in welcher Form? (Vorlage eines Konzeptes)

2. Angaben zu personellen Voraussetzungen

- Name, Anschrift der/s Übungsleiters/-in / Therapeuten/-in
- Nachweis der Qualifikation, Fort- bzw. Zusatzausbildung, gültige Übungsleiterlizenz
- Gültig bis .....; ausgestellt am ...../ durch .....
- Ist Zusatzausbildung anerkannt? (Curriculum?) Durch wen?

3. Angaben zu räumlichen Voraussetzungen / Ausstattung der Übungsstätten

- Größe der Übungsstätte
- Bei Warmwassertraining: Größe des Therapiebeckens und Wasserwärme
- Geräteausstattung, ggf. Sonderausstattung, spezielle Geräte oder Hilfsmittel
- Barrierefreiheit?

4. Gruppengröße / Zusammensetzung der Gruppen

- Gruppengröße? (maximal 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in / Therapeut/-in, bei Rehabilitationssport in Herzgruppen maximal 20 Teilnehmer/-innen)
- Gruppengröße bei Kindergruppen? (maximal 10 Kinder, bei schwerstbehinderten Kindern maximal 5 Kinder je Übungsleiter/-in)
- Gruppengröße bei schwerstbehinderten Menschen? (maximal 7 Personen je Übungsleiter/-in)
- ggf. besondere Voraussetzungen

5. Angaben zum Unfallversicherungsschutz

- Ist eine Unfallversicherung abgeschlossen? (Die Vorlage des Versicherungsscheins bzw. der Nachweis einer Sportversicherung ist notwendig)

6. Angaben zur ärztlichen Betreuung / Überwachung in Herzgruppen

- Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen ständig anwesend zu sein (Name, Anschrift - schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub/Krankheit?
- Wird zu Beginn der Übungsveranstaltung eine Kurzanamnese (Medikamentenveränderung, Befindlichkeitsveränderung, ungewöhnliche Belastungen in Familie oder Beruf, Erkrankungen, insbesondere Infektionen) durchgeführt und Besonderheiten dokumentiert?
- Werden Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung abgefragt?
- Ist ein netzunabhängiger, tragbarer Defibrillator vorhanden? Letzte Kontrolle?
- Ist ein Notfallkoffer vorhanden?

7. Angaben zur ärztlichen Betreuung / Überwachung in Rehabilitationssportgruppen

- Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen bei Bedarf für Beratungen der Teilnehmer/-innen und der Übungsleiter/-innen zur Verfügung zu stehen (Name, Anschrift - schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub / Krankheit?

8. Angaben zur Notfallversorgung

- Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst bzw. den notärztlichen Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu erreichen (Telefon, Handy)?
- Nächst erreichbare/r Arzt/Ärztin?
- Nächstes Krankenhaus?

9. Dokumentation

- Wird eine Teilnehmerliste geführt? Wo kann diese eingesehen werden?
- Dokumentation der Übungsveranstaltungen (z.B. besondere Vorkommnisse)

Anhang 9

(AV zu § 38 Absatz 2 LBhVO)

Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung währen der Pflegezeit

An

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ oder ausfüllen

_____

_____

1. Person in Pflegezeit

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		Telefon
Dauer der Pflegezeit:	vom	bis

2. Beihilfeberechtigte / Beihilfeberechtigter

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		Telefon

3. Pflegebedürftige Person

☐ Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter	☐ Ehegattin/Ehegatte	☐ Kind Vorname:

4. Beitrag während der Pflegezeit

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens		
Monatsbeitrag Krankenversicherung in €	Monatsbeitrag Pflegeversicherung in €	Familienversicherung möglich ☐ ja ☐ nein
Bestätigung der Krankenversicherung bzw. der Krankenkasse		

5. Bankverbindung

Kreditinstitut:	Kontonummer	Bankleitzahl

6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Anhang 10

(AV zu § 41 Absatz 3 LBhVO)

Von der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung ausnahmsweise zugelassene Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen

1. Gen-Test bei erhöhtem Krebsrisiko für erblich belastete Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko

Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung werden mit nachstehenden Pauschalen beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in den aufgeführten Zentren durchgeführt wurden.

1. **Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung**
   Einmalige Pauschale in Höhe von **700 Euro** pro Familie. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus beinhaltet die Pauschale auch die mögliche Beratung weiterer Familienmitglieder.

2. **Genanalyse**
   Pauschale in Höhe von **5900 Euro** für einen Indexfall (an Brust- und/oder Eierstockkrebs Erkrankte) und **360 Euro**, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine gesunde Frau handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird.

   Die Genanalyse wird bei den Indexfällen durchgeführt. Dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Frau zugerechnet werden. Dagegen werden die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden Genanalyse der Indexpatientin der gesunden Ratsuchenden zugerechnet. Ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexpatientin mehr ableiten lässt, die Genanalyse also keinen diagnostischen Charakter hat. Eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren.

3. **Früherkennungsmaßnahmen**
   Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm in Höhe von **580 Euro** einmal pro Jahr. Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.

Zentren

- Charitè / Max Dellbrück-Centrum für Molekulare Medizin Berlin
- Universität Düsseldorf
- Universität Dresden
- Medizinische Hochschule Hannover
- Universität Heidelberg
- Universität Kiel
- Universität Köln
- Universität Leipzig
- Universität München
- Universität Münster
- Universität Ulm
- Universität Würzburg

2. Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz