

An die Vorsitzende
des Finanzausschusses
des Schleswig-Holsteinischen Landtages
Frau Ursula Kähler
Landeshaus

24105 Kiel

Staatssekretär

Kiel, ⁷ Juli 2004

Erlass einer Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung – BhVO -)

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

den beiliegenden Entwurf einer Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung – BhVO -) übersende ich mit der Bitte um Kenntnisnahme. Der Verordnungsentwurf ist gleichzeitig zur Vorbereitung der zweiten Kabinettsbefassung den Ressorts und den zu beteiligenden Verbänden und Spitzenorganisationen zugeleitet worden.

Das Kabinett hat den Verordnungsentwurf in einer ersten Kabinettsbefassung am 29. Juni 2004 zustimmend zur Kenntnis genommen.

Schleswig-Holstein wendet auf Grund der Übergangsvorschriften zu § 95 Abs. 2 des Landesbeamtengesetzes (LBG) (GVObI. Schl.-H. 2004, S. 165) unmittelbar die Beihilfenvorschriften des Bundes (BhV) an. Die Vorschriften sind als Landesrecht mit einem Maßnahmenkatalog versehen, in dem in einzelnen Bereichen von den Bundesvorschriften abgewichen wird und zwar:

- a) Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationären Behandlungen sind nicht beihilfefähig (§ 95 Abs. 2 Nr. 1 LBG),
- b) die Beihilfeberechtigung gem. § 2 BhV bleibt auch bei einer Freistellung vom Dienst unter Fortfall der Bezüge bis zu einer Dauer von einem Monat erhalten (§ 95 Abs. 2 Nr. 2 LBG),
- c) der getrennt vom Beihilfeberechtigten lebende Ehegatte kann einen eigenen Beihilfeantrag für eigene krankheitsbedingte Aufwendungen oder für Aufwendungen für Kinder stellen (§ 95 Abs. 2 Nr. 3 LBG).

Auf Grund der generellen Verweisung sind Änderungen des Bundes zu übernehmen, gleich, ob es sich für Schleswig-Holstein um günstige oder ungünstige Maßnahmen handelt. Abweichungen konnten bislang nur durch Änderung des Landesbeamtengesetzes – und dann entsprechend zeitversetzt – durchgeführt werden.

Bisher wurden Änderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in den Beihilfereich durch den Bund – und damit auch in Schleswig-Holstein – übernommen (Gesundheitsreform/Strukturreform im Kassenbereich). Bereits in den vergangenen Jahren hat sich die Inbezugnahme auf das Beihilferecht des Bundes für Schleswig-Holstein – auch unter haushaltsmäßigen Gesichtspunkten – als nachteilig erwiesen.

Durch die Beschlussempfehlung des Deutschen Bundestages, die „Be- und Entlastungen“ durch das GKV-Modernisierungsgesetz wirkungsgleich in die Beihilfe- und Versorgungsregelungen für Beamte und Minister zu übertragen, hat das für die Beihilfavorschriften des Bundes zuständige BMI mit der 27. Änderung der Beihilfavorschriften eine wortgetreue und inhaltsgleiche Übernahme der Wirkung des GMG in die Beihilfe vorgenommen.

Damit wurden im großen Stil kostendämpfende Maßnahmen, die grundsätzlich auch im Bereich der Beihilfe zu begrüßen sind, aus dem gesetzlichen Krankenkassenbereich in die ergänzende Fürsorgeleistung (Beihilfe) übertragen, ohne zu berücksichtigen, dass beide Systeme grundsätzlich nicht miteinander kompatibel sind.

Die Beihilfe als beamtenrechtliche Krankenfürsorge ist eine „ergänzende“ Fürsorgepflicht des Dienstherrn den Beamtinnen und Beamten und deren Familienangehörigen gegenüber (§ 1 Abs. 1 Satz 2 BhV).

Darüber hinaus hat der Bund durch die 28. Änderung der Beihilfavorschriften vom 30. Januar 2004 die seit dem 1. Januar 2004 geltenden beihilferechtlichen Vorschriften in Be-

zug auf die „Praxisgebühr“ rückwirkend zum 1. Januar 2004 geändert. Diese Änderung hat eine wesentliche Verschärfung für alle Beihilfeberechtigten bedeutet, nämlich

- Abzug eines Betrages in Höhe von 10 € von der errechneten Beihilfe – je Kalendervierteljahr
- je Beihilfeberechtigten/berücksichtigungsfähigen Angehörigen
- für jede erste Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistungen
- die Ausnahmetatbestände für Versorgungsempfänger mit geringen Bezügen und stationär gepflegten Personen entfallen.

Zu beachten ist, dass Beihilfe und gesetzliche Krankenversicherung zwei eigenständige Leistungssysteme darstellen, die von zum Teil sich deutlich unterscheidenden Strukturprinzipien getragen sind. So profitieren die Beamtinnen und Beamten nicht von Beitragsentlastungen wie die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Probleme mit der inhaltsgleichen Übernahme des GMG in das geltende Beihilferecht hat zu einem Berichts Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN im Schleswig-Holsteinischen Landtag sowie einer ausführlichen parlamentarischen Beratung geführt. Die Landesregierung hat dem Schleswig-Holsteinischen Landtag einen ausführlichen „Bericht über die Weiterentwicklung der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge in Schleswig-Holstein“ – Drucksache 15/3240 – erstattet, der fraktionsübergreifend breite Zustimmung gefunden hat.

Im Ergebnis ist in Schleswig-Holstein die 28. Änderung der Beihilfevorschriften (Stichwort: „Praxisgebühr“) nicht umgesetzt.

Der Schleswig-Holsteinische Landtag hat im Rahmen seiner 117. Sitzung am 28. Mai 2004 die Aufnahme einer Verordnungsermächtigung im § 95 Abs. 2 Landesbeamtengesetz (LBG) beschlossen. Somit liegen gesetzlich die Voraussetzungen für den Erlass einer eigenständigen Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein vor.

Der anliegende Entwurf einer Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung – BhVO -) berücksichtigt die Erfordernisse eines eigenständigen Beihilferechts in Schleswig-Holstein.

Der Entwurf der Landesverordnung bringt eine deutliche Verschlinkung des Verwaltungsverfahrens für die der Verordnung Pflichtunterworfenen mit sich und eröffnet zukünftig dem Land Schleswig-Holstein die Möglichkeit, eigenständig über notwendige Änderungen aus fachlicher wie haushaltsmäßiger Sicht entscheiden zu können.

Der Entwurf der Landesverordnung basiert ganz überwiegend auf den bisherigen Beihilfevorschriften des Bundes, unterzieht diese jedoch einer gedanklichen Neugliederung im Hinblick auf Grundsatz, persönlicher Geltungsbereich, Verfahrensrecht, Beihilfefähigkeit von Aufwendungen sowie die zu fordernde Eigenbeteiligung der Beamtinnen und Beamten.

Damit gewinnt das Beihilferecht gegenüber den bisherigen Beihilfevorschriften des Bundes deutlich an Verständlichkeit und Transparenz.

Das eigenständige Beihilferecht Schleswig-Holsteins ist nach dem Prinzip der Kostenneutralität auf den Stand der Beihilfevorschriften 2003 von folgenden Haupt Gesichtspunkten ausgegangen:

- d) Medizinisch notwendige Leistungen, wie z.B. Sehhilfen und zahnmedizinische Versorgung, sind, weil sie dem Fürsorgeprinzip unterliegen, weiterhin in der Beihilfe abgebildet.
 - e) In bestimmten Bereichen sind die beihilfefähigen Aufwendungen grundsätzlich pauschaliert worden (so z.B. im Bereich der zahnärztlichen Leistungen – Implantologie – und der Sehhilfen. Eine derartige stärkere Pauschalierung dient der Verwaltungsökonomie und damit der erforderlichen Verschlinkung des Systems.
- Aus Gründen der Verwaltungsökonomie, d.h. Verschlinkung des Verfahrens, war es sinnvoll, die an verschiedenen Stellen der zurzeit geltenden Beihilfevorschriften vorgesehenen Abzugsbeträge zusammenzuführen und unter Berücksichtigung einer sozialen besoldungsabhängigen Staffelung einen pauschalen Selbstbehalt einzuführen.
- Beamtinnen und Beamte höherer Besoldungsgruppen haben dabei einen höheren Selbstbehalt zu tragen als dies bei Beamtinnen und Beamten in unteren Besoldungsgruppen der Fall ist.
- Dabei wurde ein Modell mit sieben Stufen gewählt, um den unterschiedlichen Einkommensverhältnissen möglichst weitgehend gerecht zu werden.
- Die Beihilfeberechtigten mit sehr hohen krankheitsbedingten Aufwendungen werden in dem System pauschaler Selbstbehalte günstiger gestellt als diejenigen, die geringere Aufwendungen als die von ihnen zu tragenden Selbstbehalte im Kalenderjahr aufweisen.

Das kann sich aber mit zunehmendem Alter und zunehmenden Krankheiten ändern. Die vorgesehenen Selbstbehaltsbeträge liegen jedoch in allen Gruppen weit unterhalb der von der Rechtsprechung (z.B. BVerwG vom 3.07.2003 – 2 C 36/02 -) akzeptierten 1 %-Summe, wobei darauf hinzuweisen ist, dass in den Beihilfavorschriften 2003/2004 Eigenanteile bis zu 2 % hinzunehmen sind.

- Familienpolitische und geschlechtsspezifische Gesichtspunkte wurden in dem Verordnungsentwurf in besonderem Maß berücksichtigt. Bei Teilzeitbeschäftigung werden die Beträge des Selbstbehalts im gleichen Verhältnis wie die verminderte Arbeitszeit zur regelmäßigen Arbeitszeit reduziert. Für Beschäftigte, die im Rahmen der Elternzeit ohne Dienstbezüge beurlaubt sind, entfallen die Selbstbehalte. Die eingetragenen Lebenspartner werden in dem Verordnungsentwurf den Ehegatten als berücksichtigungsfähige Angehörige gleichgestellt. Die getrennt lebenden Ehepartner behalten ein eigenes Antragsrecht.

Im einzelnen wurden gegenüber den bisherigen Beihilfavorschriften (Stand: 31. Dezember 2003) folgende Beihilfetatbestände gestrichen:

- Aufwendungen, die auf Grund privater Reisen außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union entstanden sind
- Härtefallregelung (2 %, 1 %) – entbehrlich im Hinblick auf den Selbstbehalt
- Eigenbehalte für Arznei-Hilfsmittel, Fahrkosten
- Schutzimpfungen auf Grund privater Reisen außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union
- Pauschalbeihilfe für Säuglings- und Kleinkinderausstattung (wie 27. Änderungsverordnung)
- Sterbegeldpauschale (wie 27. Änderungsverordnung)

Hinzugekommen sind folgende Punkte:

- Abschlagszahlungen ab 3.000 € (bisher 2.600 €)
- eigene Landesgutachter für Psychotherapie
- Haushaltshilfe (Lebensalter der Kinder vom 12. bis 15. Lebensjahr (wie 27. Änderungsverordnung)
- Künstliche Befruchtung (wie 27. Änderungsverordnung, aber voll beihilfefähig)
- Aufnahme einiger Behandlungsmethoden beim Vorliegen bestimmter Indikationen
- Sehhilfen (Pauschalierung) einschließlich der Fassungen (Anlage 3 Ziffer 11)

- Implantationen (Pauschalierung) (Anlage 2 Ziffer 4)
- Komplextherapien (wie 27. Änderungsverordnung)
- Mutter-/Vater-Kind-Kuren (wie 27. Änderungsverordnung)
- Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen (wie 27. Änderungsverordnung)
- Selbstbehalt
- Beihilfeanspruch für eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner.

Im Rahmen des vorgezogenen vertraulichen Beteiligungsverfahrens wurde den Spitzenorganisationen der Gewerkschaften und den kommunalen Landesverbänden Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Die Versorgungsausgleichskasse der Kommunalverbände in Schleswig-Holstein begrüßt es im Hinblick auf einen deutlich verringerten Verwaltungsaufwand ausdrücklich, „dass die durch die 27. allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfevorschriften per 01.01.2004 in die Beihilfevorschriften des Bundes aufgenommenen ...Eigenbehalte einschließlich der Ausnahmetatbestände sowie die komplizierte Härtefallregelung hierzu im Rahmen der genannten Landesverordnung ab 01.01.2005 zu Gunsten besoldungsgruppenabhängiger Eigenbehalte von der Beihilfe in Schleswig-Holstein abgeschafft werden sollen.“ Die weiteren Anregungen der Versorgungsausgleichskasse wurden in den Verordnungsentwurf übernommen.

Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Landesverbände in Schleswig-Holstein hat sich den Anmerkungen der Versorgungsausgleichskasse angeschlossen.

Mit dem Deutschen Beamtenbund und Tarifunion – Landesbund Schleswig-Holstein – (DBB) wurde bereits am 07. Mai 2004 ein erstes Info-Gespräch geführt. Eine detaillierte schriftliche Stellungnahme wurde vom DBB im Juni abgegeben. Dabei wurden die Abweichungen vom Bundesrecht bezüglich der Beihilfe für Sehhilfen, Arzneimittel und zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich als positiv eingestuft. Der Vorschlag des DBB, die Beihilfefähigkeit lediglich für private Reisen außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union auszuschließen, wurde bereits in dem aktuellen Entwurf der Beihilfeverordnung berücksichtigt.

Am 28. Juni 2004 fand ein Info-Gespräch mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) statt, in dem auch eine erste schriftliche Stellungnahme des DGB erörtert wurde.

Der DGB sieht den Verordnungsentwurf grundsätzlich positiv und begrüßt nach den zum Teil systemfremden Änderungen in den Beihilfevorschriften des Bundes die beabsichtigte Abkoppelung Schleswig-Holsteins.

Nach Abschluss des derzeit laufenden regulären Beteiligungsverfahrens ist beabsichtigt, im Spätsommer 2004 die erforderliche zweite Kabinettsbefassung durchzuführen, so dass mit einer Verkündung der Verordnung noch im September 2004 gerechnet werden darf.

Im Hinblick auf die Bestimmung des für die Abgeordneten mit Beihilfeanspruch geltenden Selbstbehalts rege ich die Selbstbefassung des Schleswig-Holsteinischen Landtages an.

Mit freundlichen Grüßen



Uwe Döring

Anlagen: Verordnungsentwurf nebst Begründung

Landesverordnung

über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamten in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung - BhVO -)

Vom 2004

Auf Grund des § 95 Abs. 2 des Landesbeamtengesetzes in der Fassung
der Bekanntmachung vom 3. März 2000 (GVOBl. Schl.-H. S. 218), zuletzt geändert durch
Gesetz vom 15. Juni 2004 (GVOBl. Schl.-H. S. 165),
verordnet die Landesregierung:

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I Grundsatz

- § 1 Grundsatz

Abschnitt II Persönlicher Geltungsbereich

- § 2 Beihilfeberechtigte Personen
- § 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 4 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

Abschnitt III Verfahrensrecht

- § 5 Verfahren
- § 6 Bemessung der Beihilfen
- § 7 Begrenzung der Beihilfen

Abschnitt IV Beihilfefähige Aufwendungen

- § 8 Grundsatz der Beihilfefähigkeit
- § 9 Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit
- § 10 Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung
- § 11 Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur
- § 12 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- § 13 Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen
- § 14 Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen
- § 15 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Abschnitt V
Eigenbeteiligung und Schlussbestimmungen

- § 16 Selbstbehalt
- § 17 Durchführungsbestimmungen, Ausnahmen
- § 18 Übergangsregelungen
- § 19 Anlagen
- § 20 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Abschnitt I

§ 1

Grundsatz

- (1) Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen.
- (2) Die Beihilfen ergänzen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist. Insoweit ist die Beihilfe ergänzende Fürsorgeleistung.
- (3) Beihilfen werden nach Maßgabe dieser Verordnung und den von der für die Grundsatzfragen des Beihilferechts zuständigen obersten Landesbehörde hierzu veröffentlichten Durchführungsbestimmungen zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder als Pauschale geleistet.
- (4) Auf die Gewährung von Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; er ist nicht vererblich. Die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger ist bezüglich des für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrages einer Beihilfe zulässig.

Abschnitt II

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter und entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer
2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger und Richterinnen und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamtinnen und Beamte und Richterinnen und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 Beamtenversorgungsgesetz genannten Kinder der in Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen.

(2) Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten. Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden. Die Beihilfeberechtigung bleibt auch bei der Freistellung vom Dienst unter Fortfall der Bezüge bis zu einer Dauer von einem Monat erhalten.

(3) Als Beihilfeberechtigte gelten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 4 auch andere natürliche und juristische Personen.

(4) Nicht beihilfeberechtigt sind Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richterinnen und Richter.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. die Ehegattin oder der Ehegatte oder die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner der oder des Beihilfeberechtigten,
2. die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder der oder des Beihilfeberechtigten. Hinsichtlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Angehörige.

(2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister der oder des Beihilfeberechtigten oder ihres Ehegatten oder seiner Ehegattin oder ihrer eingetragenen Lebenspartnerin oder seines eingetragenen Lebenspartners,
2. Ehegattinnen, Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen,
3. die Kinder von Beihilfeberechtigten, eingetragenen Lebenspartnerinnen und eingetragenen Lebenspartnern hinsichtlich der Geburt eines Kindes.

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

(1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger,
2. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsbezüge

aus:

(2) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger vor.

(3) Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger aus. Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger vor.

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 25 des schleswig-holsteinischen Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften sowie entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Beihilfevorschriften des Landes im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teizeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) Ist eine Angehörige oder ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieser oder dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt.

Abschnitt III

§ 5

Verfahren

(1) Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag der oder des Beihilfeberechtigten gewährt. Die Beihilfeberechtigten haben die von der zuständigen obersten Landesbehörde herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Die Ehegattin oder der Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner, die oder der von der oder dem Beihilfeberechtigten getrennt lebt, oder infolge der Trennung nicht im Haushalt der oder des Beihilfeberechtigten lebende volljährige Kinder sind berechtigt für eigene Aufwendungen Beihilfen beantragen.

(2) Die Belege sind vor Rückgabe an die oder den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen.

(3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder Ausstellung der Rechnung beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 12 Abs. 4 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde und bei Aufwendungen nach § 11 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt. Die Aufwendungen sind mit Belegen nachzuweisen. Steht mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen eine Beihilfe zu, sind die Originalbelege vorzulegen.

(4) Im Falle des Todes der oder des Beihilfeberechtigten erhalten die hinterbliebene Ehegattin oder der hinterbliebene Ehegatte, die hinterbliebene eingetragene Lebenspartnerin oder der hinterbliebene eingetragene Lebenspartner, die leiblichen Kinder oder Adoptivkinder der oder des Verstorbenen Beihilfen zu den bis zu deren oder dessen Tod entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod der oder des Beihilfeberechtigten. Sie wird derjenigen oder demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt. Andere als die in Satz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Satz 2, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. Sind diese Personen Erben der oder des Beihilfeberechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu

Aufwendungen der Erblasserin oder des Erblassers, die von dieser oder diesem bezahlt worden sind.

(5) Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur für beihilferechtliche Zwecke verwendet werden.

(6) Für Aufwendungen über 3.000,00 € können Abschlagszahlungen erfolgen.

(7) Ist in den Fällen des § 10 Abs. 2 Nr. 2 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen sind.

§ 6

Bemessung der Beihilfen

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

1. die oder den Beihilfeberechtigten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 50 %,
2. die Empfängerin oder den Empfänger von Versorgungsbezügen,
die oder der als solche oder solcher beihilfeberechtigt ist 70 %,
3. die berücksichtigungsfähige Ehegattin
oder den berücksichtigungsfähigen Ehegatten,
die eingetragene Lebenspartnerin
oder den eingetragenen Lebenspartner 70 %,
4. ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise,
die als solche beihilfeberechtigt ist 80 %,
5. die Mutter eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten
(§ 3 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2) 70 %.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die oder den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 70 %;

bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einer oder einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 %,

Die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

Satz 2 Nr. 2 gilt auch für die entpflichtete Hochschullehrerin oder den entpflichteten Hochschullehrer, der oder dem aufgrund einer weiteren Beihilfeberechtigung nach § 2 Abs. 1 Nr. 2, die jedoch gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 2 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 % zustehen würde.

(2) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen

1. nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen der oder des Begleiteten,
3. nach § 15 Nr. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 15 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter.

(3) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 %, jedoch höchstens auf 90 %. Satz 1 gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt.

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 % der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen.

(5) Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
2. in besonderen Ausnahmefällen.

Eine Erhöhung ist ausgeschlossen in den Fällen des § 12.

Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde kann die Zuständigkeit zur Bemessungssatzerhöhung auf die jeweilige Beihilfefestsetzungsstelle übertragen.

§ 7

Begrenzung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 Elftes Buch Sozialgesetzbuch dienen, unberücksichtigt.

(2) Dem Grunde nach beihilfefähig sind die beihilferechtlich zu berücksichtigenden Aufwendungen ohne Einschränkungen und Begrenzungen. Die Versicherungsleistungen sind nachzuweisen. Bei Versicherung nach einem Prozentsatz genügt der Nachweis des Versicherungsscheines.

(3) Die Begrenzung der Beihilfe nach Absatz 1 erfolgt je Beihilfeantrag.

Abschnitt IV

§ 8

Grundsatz der Beihilfefähigkeit

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte, für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach der Anlage 1. Aufwendungen für Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des jeweils geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann dazu Gutachten einer Amts- oder Vertrauensärztin oder eines Amts- oder Vertrauensarztes einholen.

(2) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für eine Angehörige oder einen Angehörigen dieser berücksichtigungsfähig ist. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitraum als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(3) Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind nach Maßgabe der Anlage 2 65 % als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 % als zustehende Leistung anzusetzen.

Die Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 Bundesversorgungsgesetz oder hierauf Bezug nehmende Vorschriften,

2. für berücksichtigungsfähige Kinder von Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,
3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis einer Beamtin oder eines Beamten.

Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen sind Aufwendungen für Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers und für von diesem verordnete Arznei- und Verbandmittel ohne Anwendung der Sätze 3 und 4 beihilfefähig.

(4) Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen. Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Heilfürsorgeempfängern die nicht in Anspruch genommenen zustehenden Leistungen nach den Heilfürsorgebestimmungen. Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemisst oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch
 - a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch;
 - b) Aufwendungen, mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus, die darauf beruhen, dass die oder der Versicherte die bei der Behandlerin oder dem Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat. Dies gilt auch, wenn Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden.

Dies gilt nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,

3. die in den §§ 9 bis 14 genannten Aufwendungen, die für die Ehegattin oder den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner der oder des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) der Ehegattin oder des Ehegatten, der eingetragene Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000,00 € übersteigt, es sei denn, dass der Ehegattin oder dem Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin oder dem eingetragenen Lebenspartner trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angebotener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung),
4. Aufwendungen für Beamtinnen und Beamte, denen auf Grund von §§ 195 oder 212 des Landesbeamtengesetzes Heilfürsorge zusteht,
5. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit einer oder eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegattinnen oder Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen oder eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. Aufwendungen zum Ersatz der oder dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig,
6. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangt wird,
7. Selbstbehalte bei Kostenerstattung nach den §§ 13 und 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
8. Aufwendungen für Behandlungen außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union anlässlich privater Reisen, es sei denn, diese Aufwendungen sind medizinisch notwendig und vor Behandlungsbeginn von der Festsetzungsstelle anerkannt worden,
9. Aufwendungen, die bereits auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4) beihilfefähig sind,
10. Aufwendungen insoweit, als Schadensersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen

oder übertragen worden sind. Dies gilt nicht, soweit die Aufwendungen auf einem Ereignis beruhen, das nach § 103 a des Landesbeamtengesetzes zum Übergang des gesetzlichen Schadensersatzanspruches auf den Dienstherrn führt.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

(1) Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche, und zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden,
2. die von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt, einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen,
3. eine von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. Die Heilbehandlung muss von einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeutin oder Ergotherapeuten, Physiotherapeutin oder Physiotherapeuten, Krankengymnastin oder Krankengymnasten, Logopädin oder Logopäden, Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagogen, Masseurin oder Masseur, Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder Masseur und medizinischen Bademeister oder Podologin oder Podologen durchgeführt werden,
4. Anschaffung oder Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der von einer Ärztin oder von einem Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. Dabei kann die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,

5. Erste Hilfe,
6. die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch;

die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26.09.1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 267 des Gesetzes vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412,1422), zuletzt geändert durch Artikel 207 des Gesetzes vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), und zwar

a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV, § 42 Abs. 2 KHEntgG),

aa) Fallpauschalen und Sonderentgelte (§ 11 BPfIV),

bb) tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungspflegesatz, Basispflegesatz, teilstationärer Pflegesatz - § 13 BPfIV -, Pflegesatz nach § 14 Abs. 5 Satz 5 BPfIV),

cc) Entgelte für Sondervereinbarungen - Modellvorhaben - (§ 26 BPfIV).

Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig, die den vorstehend genannten entsprechen,

7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen. Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. Bei einer Pflege durch Ehegattinnen oder Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegertöchter, Schwiegersöhne, Schwägerinnen, Schwäger, Schwiegereltern und Geschwister der oder des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

a) Fahrkosten,

- b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegattinnen oder Ehegatten und Eltern der oder des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag),

- 8. eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6,00 € stündlich, höchstens 36,00 € täglich.
Voraussetzung ist, dass

- a) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer krankheitsbedingten notwendigen außerhäuslichen Unterbringung oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
- b) im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann, und
- d) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person, ausgenommen Alleinerziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.

Die Buchstaben a bis d gelten auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung. Die Aufwendungen im Todesfall der haushaltsführenden Person (Buchstabe a) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig. Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Personen sind, mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu 36,00 € täglich, nicht beihilfefähig.

9. Fahrten

- a) im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus; eine Rückbeförderung wegen Erkrankung während der Urlaubsreise oder anderen privaten Urlaubsreisen in ein wohnortnahes Krankenhaus ist nicht beihilfefähig,
- b) als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- c) als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
- d) zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationärsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist,
- e) zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

Fahrtkosten sind bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung beihilfefähig. Höhere Fahrtkosten sind nur beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1973 (BGBl. I S. 1621), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3322), genannte Betrag beihilfefähig. Bei Fahrten nach den Buchstaben b und c sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig. Voraussetzung für die beihilfefähige Anerkennung ist der Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der Fahrten.

10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26,00 € täglich. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 € täglich beihilfefähig. Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
 - b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 5,50 € täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 12 Abs. 7 oder 9.
 11. Organspenderinnen und Organspender, wenn die Empfängerin oder der Empfänger Beihilfeberechtigte oder Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der von der Organspenderin oder vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Dies gilt auch für als Organspenderinnen oder Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspenderinnen oder Organspender nicht in Betracht kommen,
 12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,
 13. eine künstliche Befruchtung einschließlich der damit verordneten Arzneimittel; die Regelungen des § 27 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch geltend entsprechend,
 14. eine Sterilisation, die auf Grund einer Krankheit erforderlich ist,
 15. eine ambulante, voll- und teilstationäre Komplextherapie.
- (2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
- 1) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
 - 2) Mund- und Rachentherapeutika,
 - 3) Abführmittel,
 - 4) Arzneimittel gegen Reisekrankheit,

5) für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen.

(3) Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

1. für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode begrenzen oder ausschließen,
2. für bestimmte ärztliche und zahnärztliche Leistungen vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen
3. für
 - a) Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden,
 - b) unwirtschaftliche Arzneimittel,
 - c) Heilbehandlungen und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreisausschließen.
4. für die in Absatz 1 Nr. 3 Satz 1 bezeichneten Heilbehandlungen begrenzen.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

(1) Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums. Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 % des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist eine Bestätigung des Sanatoriums, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist,
3. nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
4. nach § 9 Abs. 1 Nr. 9,
5. für den ärztlichen Schlussbericht
6. für die Kurtaxe.

(2) Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nr. 2 bis 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(3) Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung,
2. in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung der oder des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist; in diesen Fällen ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen,
3. bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem Gutachten der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
4. durch Einzelfallentscheidung der für das Beihilferecht zuständigen obersten Landesbehörde.

(4) Sanatorium im Sinne dieser Vorschrift ist eine Krankenanstalt, die unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen (beispielsweise mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie) durchführt und in der die dafür erforderlichen Einrichtungen und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

(1) Aufwendungen für eine Heilkur sind nur beihilfefähig für Beamtinnen und Beamte und Richterinnen und Richter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1) mit Dienstbezügen, Amtsbezügen und Beamtinnen und Beamte mit Anwärterbezügen; Absatz 7 bleibt unberührt.

(2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens drei Wochen bis zum Betrag von 16,00 € täglich, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 13,00 € täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 € täglich beziehungsweise 10,00 € täglich für die Begleitperson hinausgehen,
3. nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
4. nach § 9 Abs. 1 Nr. 9,
5. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson
6. für den ärztlichen Schlussbericht,

Sofern die Aufwendungen nach den Nummern 1 und 2 pauschal in Rechnung gestellt werden und für diese eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis begrenzt.

(3) Die Aufwendungen nach Absatz 2 Nr. 2 bis 5 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(4) Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur ist nicht zulässig,

1. wenn die oder der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist,
2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem Gutachten der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
4. wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
5. solange die oder der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

(5) Bei Anwendung des Absatzes 4 Nr. 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei

1. einer Fraktion des Schleswig-Holsteinischen Landtages,
2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 % aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Landes anwenden

der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

(6) Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis enthaltenen Kurort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein.

(7) Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur gelten als Heilkuren. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür vorgesehenen Einrichtungen.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 9 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig. Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des oder der Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. Bei Personen nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch wird entsprechend Absatz 6 Satz 1 verfahren.

(2) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

(3) Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig die Aufwendungen für Pflegebedürftige

1. der Stufe I bis zu dreißig Pflegeeinsätzen monatlich,
2. der Stufe II bis zu sechzig Pflegeeinsätzen monatlich,
3. der Stufe III bis zu neunzig Pflegeeinsätzen monatlich.

Bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand der Stufe III sind auch Aufwendungen für zusätzliche Pflegeeinsätze beihilfefähig, insgesamt höchstens bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag).

(4) Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. Sie richtet sich nach den Pflegestufen des § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und beträgt monatlich

- | | |
|-----------------|-----------|
| 1. in Stufe I | 205,00 €, |
| 2. in Stufe II | 410,00 €, |
| 3. in Stufe III | 665,00 €. |

Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

(5) Wird die Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Absatz 3) und durch andere geeignete Personen (Absatz 4) erbracht, wird die Beihilfe nach den Absätzen 3 und 4 anteilig gewährt.

(6) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen des Absatzes 3 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 6 und § 8 Abs. 3 sind hierbei nicht anzuwenden. Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 3 beihilfefähig.

(7) Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. 1023,00 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1279,00 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1432,00 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
4. 1688,00 € für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Härtefall anerkannt sind.

Absatz 6 Satz 1 gilt entsprechend. Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens nach Satz 6 übersteigen. Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der oder des

Beihilfeberechtigten und der Ehegattin oder des Ehegatten einschließlich deren oder dessen laufenden Erwerbseinkommens. Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehaltes der Besoldungsgruppe A 9 Bundesbesoldungsgesetz
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 % des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 % des Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 % des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 % des Einkommens,
3. bei allein stehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege der oder des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 % des Einkommens.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

(8) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(9) Aufwendungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Er-

ziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch), sind nach Art und Umfang des § 43a Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend.

§ 13

Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in einer Familie nicht erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Darüber hinaus können Leistungen nach § 12 erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

§ 14

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(1) Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
2. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
3. bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,
5. bei Personen vom Beginn des sechsundfünfzigsten Lebensjahres die Aufwendungen für eine Koloskopie. Eine zweite Koloskopie ist frühestens nach zehn Jahren beihilfefähig.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316).

(3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, ausgenommen jedoch solche aus Anlass privater Reisen in Gebiete außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

§ 15

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung
2. entsprechend § 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 5, 6, 8 und 9,
3. für die Hebamme und den Entbindungspfleger
4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 9 Abs. 1 Nr. 7 gepflegt wird. § 9 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 ist anzuwenden.
5. entsprechend § 9 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind.

Abschnitt V

§ 16

Selbstbehalt

(1) Die errechnete Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem Aufwendungen entstanden sind (§ 8 Abs. 1), um folgenden Selbstbehalt gekürzt:

Stufe	Besoldungsgruppen	Betrag
1	A 2 bis A 6	75,00 €
2	A 7 bis A 9	100,00 €
3	A 10 und A 11	150,00 €
4	A 12 bis A 15, B 1, C 1 und C 2, W 1 und W 2, R 1, H 1, H 2 u. H 3	200,00 €
5	A 16, B 2 und B 3, C 3, W 3, R 2 und R 3, H 4	300,00 €
6	B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	400,00 €
7	Höhere Besoldungsgruppen	500,00 €

Bei Teilzeitbeschäftigung werden die Beträge im gleichen Verhältnis wie die verminderte Arbeitszeit zur regelmäßigen Arbeitszeit vermindert.

(2) Die Beträge nach Absatz 1 reduzieren sich bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger auf 70 %. Die Beträge nach Satz 1 reduzieren sich bei Hinterbliebenen auf 60 %, bei Waisen auf 12 %.

(3) Sind berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 2 vorhanden, verringert sich der Selbstbehalt für jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen um jeweils 25,00 €.

(4) Der Mindestselbstbehalt beträgt 50,00 €.

(5) Anwärterinnen und Anwärter sind von den Selbsthalten befreit. Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 12) sowie Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen (§ 14) unterliegen nicht dem Selbstbehalt.

Im Falle des § 88 a Abs. 6 Landesbeamtengesetz, § 6 der Elternzeitverordnung vom 18. Dezember 2001 (GVOBl. Schl.-H. 2002 S. 6), geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 25. April 2003 (GVOBl. Schl.-H. 2003 S. 239), und § 7 Abs. 6 Landesrichtergesetz in der Fassung vom 23. Januar 1992 (GVOBl. Schl. H. 1992 S. 46), wird kein Selbstbehalt einbehalten.

(6) Maßgebend sind jeweils die Verhältnisse am 1. Januar des betreffenden Kalenderjahres.

§ 17

Durchführungsbestimmungen, Ausnahmen

- (1) Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde erlässt Durchführungsbestimmungen zur Gewährung von Beihilfe nach Maßgabe dieser Verordnung.
- (2) Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde kann in besonders begründeten Ausnahmefällen über diese Verordnung hinaus die Gewährung von Beihilfen zulassen.
- (3) In den Fällen des Absatzes 2, des § 6 Abs. 4 und § 10 Abs. 3 Nr. 4 tritt für die Beihilfeberechtigten der Gemeinden, der Kreise, der Ämter und der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften des öffentlichen Rechts ohne Gebietshoheit sowie der rechtsfähigen Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts an die Stelle der für das Beihilferecht zuständigen obersten Landesbehörde die zuständige oberste Dienstbehörde.

§ 18

Übergangsregelungen

- (1) Aufwendungen, die ab 1. Januar 2005 entstehen, sind nach dieser Verordnung abzurechnen.
- (2) Für vor dem 31. Dezember 2004 begonnene Behandlungen, die nicht mit dem 31. Dezember 2004 abgeschlossen werden können und sich über diesen Zeitpunkt hinaus verlagern, sind nach dem Günstigkeitsprinzip für die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten abzurechnen. Diese Regelung gilt bis zum 31. März 2005. Sollten Behandlungen, die vor dem 31. Dezember 2004 begonnen wurden, über den 31. März 2005 hinaus weiter gehen, sind alle ab 1. Januar 2005 entstandenen Aufwendungen nach dieser Verordnung abzurechnen.
- (3) Aufwendungen, die bis zum 31. Dezember 2004 entstanden sind, sind nach den bisherigen Vorschriften abzurechnen.
- (4) Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung, die nach § 95 Abs. 2 des Landesbeamtengesetzes beihilfefähig waren, werden weiterhin abweichend von § 9 Abs. 1 Nr. 6 dieser Verordnung als beihilfefähig anerkannt.

§ 19
Anlagen

Die Anlagen 1 bis 3 sind Bestandteil dieser Verordnung.

§ 20

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.

Sie tritt am 31. Dezember 2009 außer Kraft.

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel,

2004

Anlage 1

(zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1. Allgemeines

- 1.1 Im Rahmen des § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

- 1.2 Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.

- 1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

- 2.1 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und

- beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.
- Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

2.2 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z.B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
- seelische Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

2.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

- 2.3.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1, weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht

wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.5 bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.

2.4.1 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse" sein. Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie"

kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

- 2.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG - kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- 2.4.2.2. Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

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

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

2.4.3.2 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

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

Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 2.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

3. Verhaltenstherapie

- 3.1 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
 - beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
 - die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist.

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumata),
- seelische Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen - besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden - erkennen lassen.

3.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung

- 40 Sitzungen,
- bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen

nicht überschreiten.

Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen

einer Erkrankung nach Nummer 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

- 3.4.1 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
- 3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychTG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
- 3.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 3.4.3 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 3.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

4. Psychosomatische Grundversorgung

Die psychosomatische Grundversorgung umfasst verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung übender und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

- 4.1 Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:

- bei verbaler Intervention als einzige Leistung fünfzehn Sitzungen;
- bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;
- bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

- 4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -

psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.

- 4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.
- 4.4 Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

5. **Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren**

Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurhythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, neuropsychologische Behandlung.

Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

Anlage 2

(zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO)

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

Im Rahmen des § 9 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 Nr. 2 sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den folgenden Maßgaben beihilfefähig.

1. Zahntechnische Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik - außer Glaskeramik, nach Nummer 7 Buchstabe b - sind zu 60 vom Hundert beihilfefähig.

2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

- die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern,
- ein Heil- und Kostenplan (Leistungen nach Nummern 603-609 GOZ) vorgelegt wird.

3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),
- Zahnbetterkrankungen - Parodontopathien -

- umfangreiche Gebiss-Sanierung, d.h., wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

Außerdem ist der erhobene Befund mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt zu belegen.

4. Implantologische Leistungen

1. Aufwendungen für implantologische Maßnahmen sind beim Vorliegen der nachgewiesenen medizinischen Notwendigkeit bis zu zwei einschließlich vorhandener Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig.
2. Je Implantat wird ein Betrag von bis zu 480,00 € pauschal als beihilfefähig anerkannt. Daneben sind die Aufwendungen für Material- und Laborkosten pauschal bis zu 500,00 € je Implantat beihilfefähig.
3. Die Suprakonstruktion wird im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte ohne Begrenzung auf die Anzahl der Implantate als beihilfefähig anerkannt.
4. Von der Begrenzung sind Aufwendungen für evtl. durchzuführende chirurgische Maßnahmen außerhalb der zahnärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht betroffen.
5. Der Pauschalbetrag nach Nr. 2 für die implantologischen Leistungen (Nummern 900 ff GOZ) wird nur einmal gezahlt, auch wenn die Behandlung bei unterschiedlichen Behandlern (Chirurg, Zahnarzt) erfolgte und berechnet wurde.

5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet beihilfefähig. Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig.

Werden durch mehrere Einzelbrücken je Kiefer im einzelnen nicht mehr als drei beziehungsweise vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

6. Wartezeit für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. Dies gilt ferner nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden,
- b) Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten, wie Charakterisierung.

Anlage 3

(zu § 9 Abs. 1 Nr. 4 BhVO)

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

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind - ggf. im Rahmen der Höchstbeträge - beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z.B. bei Kehlkopferkrankung)

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

Alarmgerät für Epileptiker

Anatomische Brillenfassung

Anti-Varus-Schuh

Anus-praeter-Versorgungsartikel

Anzieh-/Ausziehhilfen

Aquamat

Armmanschette

Armtragegurt/-tuch

Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl

Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)

Aufrichteschlaufe

Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)

Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen

Augenschieklappe, auch als Folie

Badestrumpf

Bandagen

Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk Luxations-Gefahr, Polyarthrititis)

Badewannenverkürzer

Ballspritze
Behinderten-Dreirad
Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
Bettnässer-Weckgerät
Beugebandage
Billroth-Batist-Lätzchen
Blasenfistelbandage
Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
Blindenschriftmaschine
Blindenstock/-langstock/-taststock
Blutlanzette
Blutzuckermessgerät
Bracelet
Bruchband

Closett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

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

Einlagen (orthopädische)
Einmal-Schutzhose bei Querschnittsgelähmten
Ekzem-Manschette
Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle, jedoch nicht Fahrradergometer
Ernährungssonde

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)

Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

Fingerling

Fingerschiene

Fixationshilfen

Fonator (Mini)

Gehgipsgalosse

Gehhilfen und -übungsgeräte

Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathische Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)

Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien

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

Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)

Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)

Gipsbett, Liegeschale

Glasstäbchen

Gummi hose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz

Gummistrümpfe

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze

Handgelenkriemen

Hebekissen

Heimdialysegerät

Helfende Hand, Scherenzange

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)

Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör

Hörgeräte (HdO, IdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik. Die beihilfefähige Höchstgrenze der Geräte liegt bei 1.100 € je Ohr.

Hüftbandage (z.B. Hohmann-Bandage)

Impulsvibrator

Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör

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

Innenschuh, orthopädischer

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

Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen

Ipos-Vorfußentlastungsschuh

Kanülen und Zubehör

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter

Klumpfußschiene

Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage

Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation

Knöchel- und Gelenkstützen

Körperersatzstücke einschl. Zubehör

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Krabbler für Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrstuhl mit Zubehör

Krankenstock

Kreuzstützbandage

Krücke

Latextrichter bei Querschnittslähmung

Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden

Lesegerät für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen

Lesehilfen (Lesestände, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagen-gestell)

Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
Lispelsonde

Mangoldsche Schnürbandage

Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 € übersteigen

Milchpumpe, in Einzelfällen auch elektrisch betrieben

Mundsperrer

Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u.ä., auch Haltemanschetten usw.

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen

Pavlikbandage

Peronausschiene, Heidelberger Winkel

Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung

Polarimeter

Quengelschiene

Reflektometer

Rektophor

Rollbrett

Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuh

Schede Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

Segofix-Bandagensystem

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

Skolioseumkrümmungsbandage

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

Spreizfußbandage

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

Stehübungsgerät

Sprunggelenkmanschette

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

Strickleiter

Stubbies

Stumpfschuhhülle

Stumpfstrumpf

Suspensorium

Symphysen-Gürtel

Teleskoprampe

Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten

Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

Tragegurtsitz

Übungsschiene

Urinale

Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe

Wechseldruckgerät

Wright-Peak-Flow-Meter

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set

2. Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.
3. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.
4. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.
5. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
6. Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Ausgenommen ist eine Erstausrüstung
7. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z.B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z.B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall bei Personen vor Vollendung des 25. Lebensjahres vorliegt und das Selbstwertgefühl sowie das Persönlichkeitsgefühl ohne Perücke in starkem Maße leidet (ärztliches Gutachten). Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.
8. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 8 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk

Adju-Set/-Sano

Angorawäsche

Aqua-Therapie-Hose

Arbeitsplatte zum Rollstuhl

Augenheizkissen

Autofahrerrückenstütze

Autokindersitz

Autokofferraumlifter

Autolifter

Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte

Basalthermometer

Basisrampe

Bauchgurt

Behindertenstuhl „eibe“

Berkemannsandalen

Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie

Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze

Bett-Tisch

Bidet

Bill-Wanne

Blinden-Schreibsystem

Blinden-Uhr

Blutdruckmessgerät, Ausnahme nach Herzoperationen und bei dauernder Herz- und

Kreislaufbehandlung

Brückentisch

Corolle-Schuh

Dusche

Einkaufsnetz

Einmal-Handschuhe

Eisbeutel und -kompressen

Elektrische Schreibmaschine

Elektrische Zahnbürste

Elektrofahrzeuge (z.B. LARK, Graf Carello)

Elektro-Luftfilter

Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)

Elektronisches Notizbuch

Ess- und Trinkhilfen

Expander

Farberkennungsgerät

Fieberthermometer

(Funk-)Lichtwecker

Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

Ganter-Aktiv-Schuhe

(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)

Handtrainer

Hängeliege

Hantel (Federhantel)

Hausnotrufsystem

Hautschutzmittel

Heimtrainer

Heizdecke/-kissen

Hilfsgeräte für die Hausarbeit

Holzsandalen

Höhensonne

Hörkissen

Hörkragen Akusta-Coletta

Intraschallgerät „NOVAFON“

Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)

Ionisierungsgeräte (z.B. Ionisator, Pollimed 100)

Ionopront, Permax-Sauerstoffherzeuger

Katapultsitz

Katzenfell

Klingelleuchte (soweit nicht unter Nr. 1 erfasst)

Knickfußstrumpf
Knoche Natur-Bruch-Slip
Kolorimeter
Kommunikationssystem
Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung
Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidecubitusbett)
Krankenunterlagen
Kreislaufgerät „Schiele“

Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
Language-Master
Linguaduc-Schreibmaschine
Luftpolsterschuhe
Luftreinigungsgeräte

Magnetfolie
Monophonator
Munddusche

Nackenheizkissen
Nagelspange Link

Öldispersionsapparat
Orthopädische Bade- und Turnschuhe

Prothesenschuh
Pulsfrequenzmesser

Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben
Rotlichtlampe
Rückentrainer

Salbenpinsel
Sauerstoffgeräte
Schlaftherapiegerät
Sicherheitsschuh, orthopädisch
Spezialsitze

Spirometer
Spranzbruchband
Sprossenwand
Sterilisator
Stimmübungssystem für Kehlkopflose
Stockroller
Stockständer
Stützstrümpfe
Stufenbett
SUNTRONIC-System (AS 43)

Taktellgerät
Tamponapplikator
Tandem für Behinderte
Telefonverstärker
Telefonhalter
Therapeutische Wärmesegmente
Therapeutisches Bewegungsgerät
Transit-Rollstuhl
Treppenlift, Monolift, Plattformlift
Tünkers-Butler

Übungsmatte
Umweltkontrollgerät
Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage
Wandstandgerät
WC-Sitz

Zahnbürsten
Zahnpflegemittel
Zehenkorrektursandale
Zweirad für Behinderte.

9. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in dieser Anlage aufgeführt noch den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde.

10. Die Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig (Ziffer 11):

11.1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen

Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes.

Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers.

11.2 Brillen

Aufwendungen für Brillen sind - einschließlich Handwerksleistung bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

für vergütete Gläser mit Gläserstärken

	Einstärkengläser je Glas		Mehrstärkengläser je Glas	
	Fassung		Fassung	
Gläser, Dioptrien (dpt.)	ohne	mit	ohne	mit
bis +/- 6 dpt.	36,00 €	56,00 €	83,00 €	103,00 €
über +/- 6 dpt.	56,00	76,00	103,00	123,00
Mehrstufen-, Multifokalgläser	-,--	-,--	123,00	143,00
Prismatische Wirkung	71,00	91,00	138,00	168,00
Kunststoffgläser/ Leichtgläser * ab +/- 6,0 dpt. * Anisometropien ab 2 dpt * bis 14. Lebensjahr * Fehlbildung/Missbildung des Gesichts * Spastiker/Epileptiker	91,00	111,00	158,00	188,00
Getönte Gläser * bei nachgewiesener med. Notwendigkeit	101,00	121,00	168,00	198,00

11.3 Kontaktlinsen

11.3.1 Die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind bei Vorliegen folgender Indikationen bis höchstens 100,00 € pro Linse beihilfefähig:

- Myopie ab 8 dpt.,
- progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von 3 Jahren nachweisbar ist,
- Hyperopie ab 3 dpt.,
- irregulärer Astigmatismus,
- Astigmatismus, rechts und inversus ab 3 dpt und Astigmatismus obliquus ab 2 dpt
- Keratokonus,
- Aphakie,
- Aniseikonie,
- Anisometropie ab dpt.,
- als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,
- als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,
- druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

11.3.2 Bei Vorliegen der Voraussetzungen zu Nummer 11.3.1 sind die Mehraufwendungen für Kurzzeitlinsen (z.B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen bis zu dem unter 11.3.1 genannten Betrag beihilfefähig:

- Progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 dpt. jährlich) nachweisbar ist,
- Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,
- Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- Ektropium,
- Entropium,
- Symblepharon,
- Lidschlussinsuffizienz.

11.3.3 Sofern eine der Indikationen der Nummer 11.3.1, nicht jedoch nach Nummer 11.3.2 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 150,00 € (sphärisch) und 220,00 € (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

11.3.4 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser einschließlich Fassung beihilfefähig.

11.4.5 Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind die folgenden Aufwendungen - im Rahmen der Nr. 11.2 beihilfefähig für

- eine Reservebrille oder
- eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinse und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie und bei über Vierzigjährigen.

11.4 Andere Sehhilfen

Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind die Aufwendungen - einschließlich Handwerksleistung - in folgendem Umfang beihilfefähig anerkannt:

- für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 11.2
- für eine Brillenfassung bis zu 40,00 €.

11.5 Erneute Beschaffung von Sehhilfen

Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleich bleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre - bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre - vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe - ggf. nur der Gläser - notwendig ist, weil

- sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,
- die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.

Die Voraussetzungen sind vom Augenarzt/Optiker zu bescheinigen.

11.6 Die Aufwendungen für

- Bildschirmbrillen
- Brillenversicherungen
- Etui

sind nicht beihilfefähig.

12. Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) Anschaffungskosten für zwei Langstöcke sowie ggf. von elektronischen Blindenleitgeräten nach ärztlicher Verordnung.
- b) Aufwendungen für ein ambulant durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung
 - Stundensatz von höchstens 26,00 € für die Unterweisung bis zu 60 Stunden einschließlich des erforderlichen Unterrichtsmaterials, darüber hinaus in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 20 Stunden,
 - Ersatz der notwendigen Fahrkosten für Fahrten des Trainers in Höhe von 0,22 € je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
 - Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist, bis zu einem Betrag von 26,00 € täglich.

Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

c) Aufwendungen für ein stationär durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung

- Fahrkosten für die An- und Abreise nach § 9 Abs. 1 Nr. 9,
- Kursgebühr entsprechend Buchstabe b,
- Kosten der Unterkunft nach § 9 Abs. 1 Nr. 10 Buchstabe a.

Soweit nach dem Grundtraining eine ergänzende Unterweisung am Wohnort des Blinden erforderlich ist, können die Aufwendungen im notwendigen Umfang unter entsprechender Anwendung des Buchstaben b anerkannt werden.

d) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z.B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstaben b und c.

e) Aufwendungen für ein ergänzendes Training an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

Begründung

zum Entwurf der Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung - BhVO -)

A. Allgemeines

1. Auf der Grundlage der Dringlichkeitsvorlage Nr. 37/2004 mit dem als Anlage beige-fügten Bericht des Finanzministers über die Weiterentwicklung der beamtenrechtli-chen Krankenfürsorge in Schleswig-Holstein, der Kenntnisnahme des Kabinetts (TOP 6 der 153. Sitzung am 17. Februar 2004) sowie des Beschlusses des Landtages (TOP 12 der Sitzung vom 20. Februar 2004 - Drucksache 15/3211 neu -, - Bericht der Landesregierung Drucksache 15/3240 -) wird das Land Schleswig-Holstein die Ge-währung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte selbstständig regeln.
2. Der Entwurf der Beihilfeverordnung des Landes basiert auf den Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) - Stand 31. Dezember 2003 -, die zurzeit gem. § 95 Abs. 2 LBG auch für Schleswig-Holstein anzuwenden sind, unter Berücksichtigung der 27. Ände-rungsverordnung der Beihilfavorschriften des Bundes.

Einzelne Änderungen und Begründungen siehe unter B.

Die wichtigsten Änderungen im vorliegenden Entwurf gegenüber den Beihilfavorschriften des Bundes a) Stand 31. Dezember 2003 und b) aufgrund der 27. Änderungsverordnung – Stand 1. Januar 2004 – sind:

- Die in den Beihilfavorschriften des Bundes geregelten Selbstbehalte in den einzelnen Leistungsbereichen werden ins Landesrecht nicht übernommen, dafür wird ein nach Besoldungsgruppen gestaffelter sozial ausgerichteter Selbstbehalt eingeführt. Kinder werden senkend bei den entsprechenden Beträgen berücksichtigt, ebenso Empfänger von Versorgungs- und Hinterbliebenenbezügen. Anwärterinnen und Anwärter sind ebenso wie die in Elternzeit befindlichen Beihilfeberechtigten von den Selbstbe-

halten befreit. Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit sowie Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen unterliegen nicht dem Selbstbehalt.

- Die Aufwendungen, die aufgrund privater Reisen außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union entstanden sind, werden aus der Beihilfefähigkeit gestrichen. Die Beihilfebearbeitung dieser Aufwendungen ist sehr verwaltungsaufwändig, die Streichung für die Beihilfeberechtigten nicht nachhaltig, da diese Aufwendungen teilweise von Zusatzversicherungen abgedeckt sind und bei verschiedenen Unternehmen solche Aufwendungen preiswert abgesichert werden können.
- Die Wahlleistungen bei stationärer Behandlung bleiben weiterhin beihilferechtlich gestrichen (siehe Begründung zu Abschnitt V unter B.). Der Bund hat weiterhin die Beihilfefähigkeit dieser medizinisch nicht notwendigen Aufwendungen in den Beihilfevorschriften verankert.
- Bestehen bleibt die Beihilfefähigkeit für Sehhilfen, obwohl der Bund aufgrund der Übertragung der Änderungen aus dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) diese Aufwendungen mit der 27. Änderungsverordnung ab 1. Januar 2004 aus der Beihilfefähigkeit – mit Ausnahmen – gestrichen hat.

Bei der Beschaffung von Sehhilfen handelt es sich um medizinisch notwendige Aufwendungen, die nicht nur aus Fürsorgegründen weiterhin als beihilfefähig anzuerkennen sind.

Die Sätze werden pauschaliert, die Regelungen unter dem Gesichtspunkt der Verwaltungsvereinfachung gestrafft.

In die Beihilfefähigkeit werden die Aufwendungen für eine Brillenfassung pauschal mit 20 € veranschlagt.

- Im Bereich der implantologischen Maßnahmen (Zahnersatz) werden ebenfalls vereinfachte Regelungen getroffen und Pauschalbeträge als beihilfefähig anerkannt.
3. Unter Berücksichtigung aller Änderungen – teilweise geringfügige Verbesserungen/teilweise Verschlechterungen – ergibt sich dem Grunde nach Kostenneutralität. Insgesamt wird der Haushalt nicht mehr belastet, der Beihilfeberechtigte ebenfalls nicht.

Beim Überprüfen des Einzelfalles ist darauf hinzuweisen, dass es sich um eine Vielzahl rein individueller Abrechnungsmöglichkeiten handeln kann, die das Eigenbehaltsergebnis beeinflussen können. So kann die finanzielle Eigenbelastung auf Grund der Selbstbehaltsregelung durchaus rechnerisch im Einzelfall höher sein als die entsprechenden leistungsbezogenen Abzugsbeträge der Jahre 2003/2004. Diese rechnerische Höchstbelastung wird jedoch grundsätzlich kompensiert und auch unter die Belastungsgrenzen 2003/2004 (-> 2% des bescheinigten Einkommens) gesenkt, wenn die beihilferechtliche Besserstellung der gesamten Verordnung herangezogen wird.

Der Kabinettsentwurf ist unter pauschalierender Beobachtungsweise die transparenteste und sozialste Regelung über Selbstbehalte. Hierbei wurden die Beihilfeberechtigten mit sehr hohen krankheitsbedingten Aufwendungen günstiger gestellt als diejenigen, die geringere Aufwendungen als die von ihnen zu tragenden Selbstbehalte im Kalenderjahr aufweisen. Das kann sich jedoch mit zunehmendem Alter und zunehmenden Krankheiten ändern.

Die Neufassung ist jedoch in den nächsten Jahren unter Kostengesichtspunkten zu beobachten; insbesondere auf Änderungen im Gesundheitsbereich und das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer kann eine Änderung z.B. bei den Selbsthalten (§ 16) erforderlich werden lassen.

4. Die Einsparungen der Eigenbehalte in den einzelnen Leistungsbereichen – Stand 31. Dezember 2003 – lag im Jahre 2003 bei ca. 3,3 Mio. € (z.B. Arznei-Heilmittel, Hilfsmittel, Fahrkosten).

Durch die Streichung dieser Einzeleigenbehalte würden ab 2005 Mehraufwendungen in Höhe dieses Betrages entstehen.

Diese Mehrausgaben werden durch die Einführung der Selbstbehalte (§ 16) kompensiert. Davon ausgehend, dass alle aktiven Beihilfeberechtigten und alle Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger Beihilfeanträge im Kalenderjahr 2005 einreichen würden, deren Beihilfebeträge über dem jeweiligen besoldungsabhängigen Selbstbehalt liegen, würden insgesamt ca. 6,7 Mio. € eingespart werden (Aktive ca. 4,4 Mio. €, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger ca. 2,3 Mio. €). Berücksichtigt wurden dabei auch ca. 12.000 Fälle von Teilarbeitszeit mit einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 75 % eines Vollbeschäftigten. Kinder konnten bei

der Berechnung nicht berücksichtigt werden, da sie nicht zu den einzelnen Besoldungsgruppen – auch anzahlmäßig – zuzuordnen sind.

Durch die Streichung der Säuglingspauschale, ca. 0,13 Mio. €, der Sterbegeldpauschale, ca. 0,27 Mio. € sowie der Auslandsaufwendungen außerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, ca. 0,1 Mio. €, würden weitere Einsparungen von ca. 0,5 Mio. € entstehen.

Unter Berücksichtigung, dass ca. 70 % der Beihilfeberechtigten Beihilfeanträge einreichen, die Kinderkomponente mit ca. 1,5 Mio. € berechnet wird und die sonstigen Einsparungen mit ca. 0,5 Mio. € berücksichtigt werden, würde dies zu folgendem Ergebnis führen:

Selbstbehalt 70 % von 6,7 Mio. €	4,69 Mio. €
abzgl. Kinderkomponente	ca. 1,5 Mio. €
zzgl. sonstige Einsparungen	ca. 0,50 Mio. €
	3,69 Mio. €.

Demgegenüber würden Einsparungen durch Streichung der einzelnen Eigenbehalte (BhV Stand 31.12.2003) in Höhe von ca. 3,30 Mio. € stehen.

Dies würde eine Differenz von ca. 0,39 Mio. €

als haushaltssparend bedeuten.

Alle anderen Änderungen dürften sich in Einsparungen und Mehrausgaben ausgleichen.

B. Begründungen zu den einzelnen Paragraphen

§ 1 – Grundsatz

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31. Dezember 2003 - mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich.

§ 2- Beihilfeberechtigte Personen

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich.

§ 3 – Berücksichtigungsfähige Angehörige

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31. Dezember 2003 – mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich. Aufnahme des Personenkreises der eingetragenen Lebenspartnerinnen und Lebenspartner.

§ 4 – Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31. Dezember 2003 – mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich.

§ 5 – Verfahren

Inhaltliche Übernahme aus dem Bereich der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV), Stand 31.12.2003.

Übernahme von Regelungen aus den §§ 16, 17 BhV mit landesinterner Festlegung.

§ 6 – Bemessung der Beihilfe

Inhaltlich teilweise von den Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31.12.2003 – übernommen, redaktionell geändert und als Landesrecht angeglichen.

§ 14 Abs. 4 Satz 2 und Abs. 5 BhV wurden nicht übernommen. Durch die Streichung wird unnötiger Festsetzungsaufwand vermieden.

§ 7 – Begrenzung der Beihilfen

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31. Dezember 2003) mit redaktionellen Änderungen auf Landesrecht.

§ 8 – Grundsatz der Beihilfefähigkeit

Übernahme der Regelungen der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31. Dezember 2003 -. Redaktionelle Änderungen im Hinblick auf Landesrecht.

Zusätzlich werden als nicht beihilfefähig die Aufwendungen ausgenommen, die während einer Privatreise außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union entstanden sind.

Auslandsreisen können preiswert bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, ADAC oder beim Reiseveranstalter abgesichert werden.

Durch die Streichung wird ein hoher Verwaltungsaufwand, der bei der Festsetzung von Beihilfen für im Ausland entstandene Aufwendungen entsteht, reduziert.

§ 9 – Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes -BhV - Stand 31. Dezember 2003 - mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich.

Ausnahmen:

1. § 9 Abs. 1 Nr. 2

Nicht übernommen wird die Regelung des Bundes (27. Änderungsverordnung) aus § 6 Abs. 1 Nr. 2 BhV : Ausschluss der Beihilfefähigkeit verschreibungspflichtiger Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien für die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen sind sowie die nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel mit Ausnahmen.

Im gesetzlichen Krankenkassenbereich wird diese Überprüfung von den Vertragsärzten bereits bei den Behandlungen und von den Apotheken, die mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnen, vorgenommen. Solche Prüfmechanismen und Abrechnungsstellen kennt das Beihilferecht nicht. Im Übrigen handelt es sich auch insoweit in aller Regel um medizinisch notwendige Therapeutika.

Ein Ausschluss bestimmter Arzneimittel führt, das zeigt die Praxis der vergangenen Jahre u.a. bei der Festbetragsregelung, im Endeffekt zur Verordnung teurerer Medikamente

2. § 9 Abs. 1 Nr. 6

Die Bundesbeihilfevorschriften sehen weiterhin die Beihilfefähigkeit für wahlärztliche Leistungen und Wahlleistungen für Unterbringung bei stationärer Behandlung vor (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 BhV). Mit Beschluss des Landtages vom 2. 1. 1998 wurden mit dem Haushaltsbegleitgesetz § 95 Abs. 2 Landesbeamtengesetz und § 12 Landesbesoldungsgesetz dahingehend geändert, als die Aufwendungen für Wahlleistungen ab 1. März 1998 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind. Dieser Stand ist ins neue

Landesbeihilferecht zu übernehmen. Die Einsparungen betragen gegenüber dem Bundesrecht ca. 5 Mio. €.

3. § 9 Abs. 1 Nr. 8

Die Absenkung des Kindesalters vom 15. Lebensalter (Stand BhV 31.12.03) auf das 12. Lebensalter nach der 27. Änderungsverordnung des Bundes (01.01.2004) - § 6 Abs. 1 Nr. 8 BhV – wird übernommen. Dadurch ergeben sich nicht näher bezifferbare Einsparungen.

4. § 9 Abs. 1 Nr. 13

Bei den Aufwendungen für künstliche Befruchtung werden die Bundesregelungen (Stand 1.01.2004) mit Altersbegrenzungen und Begrenzung der Anzahl von Behandlungsversuchen (von 4 auf 3) übernommen. Nicht übernommen wird die Begrenzung der Beihilfefähigkeit auf 50 % der Kosten.

Nicht näher bezifferbare Einsparungen gegenüber der Regelung Stand Dezember 2003.

5. § 9 Abs. 1 Nr. 15

Die Tendenz zur „Ganzheitsbehandlung“ ist steigend. Die Behandlungsart ist im Entwurf der Beihilfeverordnung aufzunehmen. Auch der Bund hat mit der 27. Änderungsverordnung ab 1. Januar 2004 diese Aufwendungen ebenfalls als beihilfefähig anerkannt.

6. § 9 Abs. 3 Nr. 1, 2

Von den ausgeschlossenen bzw. teilausgeschlossenen Behandlungsmethoden werden folgende als beihilfefähig ins Landesrecht übernommen:

- * Bioresonatorentest
- * Colon-Hydro-Therapie
- * Magnetfeldtherapie
- * Bioresonanztherapie

Die Aufwendungen sind bei den in Nummer 2 des Anhanges 1 zu Hinweis 6 zu § 8 Abs. 1 BhVO und im Rahmen der dort genannten Analogziffern des GebüH beihilfefähig. Werden die Leistungen von Ärzten erbracht, sind entsprechende Analognummern zur GOÄ anzusetzen.

Dadurch entstehen geringe Mehraufwendungen, die sich aber wieder dadurch ausgleichen, dass andere Behandlungen wegfallen und bisher fiktiv andere Leistungen berechnet wurden.

§ 10 – Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31.12.2003 – mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich.

§ 11- Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – stand 31.12.2003 – mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich.

Zusätzlich wurde in Absatz 7 - die Mutter-/Vater-Kind-Kuren aufgenommen. Die Regelung entspricht der 27. Änderungsverordnung der Beihilfevorschriften des Bundes – Stand 01.01.2004 -

In der Vergangenheit konnte festgestellt werden, dass vermehrt auf Sanatoriumsbehandlungen ausgewichen wurde, was beihilferechtlich teurer ist.

Mit geringen Mehrausgaben ist zu rechnen.

§ 12 – Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31.12.2003 – mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich.

§ 13 – Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen

Es handelt sich um eine im Beihilferecht neu aufgenommene Aufwendungsart, die auf Grund des GMG mit der 27. Änderungsverordnung der Beihilfevorschriften des Bundes im dortigen Bereich ebenfalls aufgenommen wurde.

Die Mehraufwendungen sind gering, da in der Vergangenheit in Einzelfällen diese Aufwendungen bereits als beihilfefähig anerkannt wurden.

Zu § 14 – Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31.12.2003 – mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich.

Ausnahme:

Absatz 3

Aufwendungen für Schutzimpfungen auf Grund privater Reisen außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union können beihilferechtlich ebenso wenig anerkannt werden, wie krankheitsbedingte außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen.
Geringfügige Einsparungen.

§ 15 – Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31.12.2003 – mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich.

Ausnahme:

Streichung der Pauschalbeihilfe für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung.

Einsparungen in Höhe von ca. 0,13 Mio. €

Hinweis:

Auch in den Beihilfevorschriften des Bundes wurden auf Grund GMG-Verweisung diese Aufwendungen ab 1.1.2004 gestrichen.

§ 16 – Selbstbehalt

Allgemeines

Auf Grund des Berichtes des Finanzministeriums über die Weiterentwicklung der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge in Schleswig-Holstein (s. A. Allgemeines) wurden die Abzüge in den einzelnen Leistungsbereichen der Beihilfevorschrift des Bundes – Stand 31.12.2003 – in dem vorliegenden Entwurf der Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung – BhVO -) aufgehoben und u.a. durch Besoldungsgruppen abhängige sozial gestaffelte Selbstbehalte abgelöst. Mit der Aufteilung in 7 Stufen der Besoldungsgruppen ist eine sozial gerechtfertigte einkommensabhängige Gliederung vorgenommen worden.

Die eingeschlagene Richtung der einkommensabhängigen Sozialkomponente wurde im Bereich der Versorgungseinkünfte und der Hinterbliebenenversorgung weitergeführt. Im Gegensatz zur aktiven Beamtin und zum aktiven Beamten hat die Versorgungsempfängerin oder der Versorgungsempfänger in der Zukunft ein bis auf 70 % abgesenktes Einkommen. Die Einkommensverhältnisse wurden durch die Reduzierung des Selbstbehalts bei krank-

heitsbedingten Aufwendungen berücksichtigt. Gleiches gilt für Hinterbliebenen- und Waisenbezüge. Die Selbstbehalte reduzieren sich bei Hinterbliebenen auf 60 % der Selbstbehalte als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger; bei Waisen auf 12 %.

Als Familienkomponente wurde insofern berücksichtigt, als der Selbstbehalt für jedes im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kind um 25 €/Kalenderjahr reduziert wurde. Wo bei ein Mindestselbstbehalt in Höhe von 50 € verbleibt.

Dieser Mindestselbstbehalt ist auch bei mehreren Kindern und bei den unteren Besoldungsgruppen gerechtfertigt, da auch nach den bis 31.12.2003 geltenden Beihilfenvorschriften ein Selbstbehalt im Grundsatz von 2 % der Bruttobezüge getragen werden musste. Dieser Grundsatz gilt auch nach den ab 1.01.2004 geltenden Beihilfenvorschriften des Bundes.

Die Nichtanrechnung des Selbsthalts bei dauernder Pflegebedürftigkeit und bei Vorsorgemaßnahmen ist dadurch gerechtfertigt, dass bei dauernder Pflegebedürftigkeit, sei es häusliche oder stationäre Pflege, nicht alle pflegebedingten Aufwendungen von der Pflegekasse und der Beihilfe aufgefangen werden können. In diesen Fällen ergibt sich aus diesem Grund individuell Jahr für Jahr eine Eigenbelastung größeren Ausmaßes.

Im Vorsorgebereich soll versucht werden, durch u.a. der Nichtanwendung eines Selbsthalts solche Maßnahmen tendenziell in Vordergrund zu bringen, um dadurch evtl. krankheitsbedingte Aufwendungen zu mindern.

Im Falle der Elternzeit (§ 88 a Abs. 6 LBG und § 6 Elternzeitverordnung) wird ebenfalls kein Selbstbehalt einbehalten. Dadurch wird der eingeschränkten finanziellen Situation der in Elternzeit befindlichen Beihilfeberechtigten Rechnung getragen.

Die ständige Rechtsprechung geht davon aus, dass die Pflicht des Dienstherrn, die amtsangemessene Alimentation der Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger sicherzustellen nicht verletzt wird, wenn der Bedienstete einen Sockelbetrag seiner krankheitsbedingten Aufwendungen selbst tragen muss, und dieser weniger als 1 % seiner Jahresbezüge ausmacht.

Der in § 16 Abs. 1 festgelegte Selbstbehaltbetrag liegt selbst in den Eingangsstufen der einzelnen Besoldungsgruppen weit unterhalb der von der Rechtsprechung vorgegebenen 1 %-Marke. Das Nichtausschöpfen der 1 %-Begrenzung ist dadurch begründet, dass

1. die Landesbeihilfeverordnung kostenneutral und nicht zu Lasten der oder des Beihilfeberechtigten auf der Grundlage der Beihilfевorschriften des Bundes – Stand 31.12.2003 – erstellt wurde und
2. die oder der Beihilfeberechtigte Kosten zu tragen hat, die weder von der Krankenversicherung noch von der Beihilfe erstattet wird (z.B. Zahnersatz, Auslandsaufenthalte, Begrenzungen der Beihilfe für bestimmte Aufwendungen).

§ 17 – Durchführungsbestimmungen, Ausnahmen

Zu Absatz 1

Die Durchführungshinweise sind erforderlich, um eine gleichmäßige Handhabung und Anwendung der Beihilfeverordnung anzustreben. Von einer Veröffentlichung im Amtsblatt ist abzusehen, da

1. dieser Weg zu langwierig, zeitaufwändig und unwirtschaftlich ist und
2. die Amtsblätter nicht zeitnah allen Dienststellen vorliegen.

Die Bekanntgabe auf dem Erlassweg hat sich in der Vergangenheit als praktikabel erwiesen.

Zu Absatz 2

Einzelfallentscheidungen ohne präjudizierende Wirkung sind im medizinischen Bereich und aus Fürsorgegründen jederzeit erforderlich.

Die Entscheidung darüber sollte aber der für das Beihilferecht zuständigen obersten Landesbehörde bzw. in den Fällen des Absatzes 3 der zuständigen obersten Dienstbehörde alleine übertragen werden. Eine Delegation in bestimmten Bereichen oder für bestimmte Fälle sollte vorgesehen werden.

§ 18 – Übergangsregelungen

Die Übergangsregelungen sind erforderlich, um klare Abgrenzungen vorzunehmen, nach welchen Vorschriften entstandene Aufwendungen abgerechnet werden.

§ 19 – Anlagen

Die Anlagen 1, 2 und 3 sind Teil der Verordnung.

§ 20 – Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Nach § 62 Landesverwaltungsgesetz (LVwG) ist in Verordnungen die Geltungsdauer zu bestimmen. Es wurde gem. § 62 Abs. 1 LVwG die maximal mögliche Geltungsdauer von 5 Jahren gewählt.

Zu Punkt 4:

Mit Beschluss des Landtages vom 21.01.1998 wurden die Wahlleistungen bei stationärer Behandlung ab 1. März 1998 aus der Beihilfefähigkeit des Landes ausgeschlossen. lediglich in Übergangs- und Ausnahmefällen wird gem. § 95 Abs. 2 LBG noch Beihilfe gewährt.

Der Bund hat in seiner zurzeit geltenden Beihilfevorschrift diese Aufwendungen weiterhin als beihilfefähig anerkannt.

Zu Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychologischen Grundversorgung

Inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31.12.2003 -.

Als Gutachter/innen, Obergutachter/innen sind Ärzte aus Schleswig-Holstein vorgesehen, die bereits teilweise als Gutachter für die Beihilfevorschriften des Bundes bestellt sind (Frau Dr. Thies, Herr Dr. Burzig). Frau Dr. Mahler und Frau Dr. Bangert kommen hinzu. Die Gutachterin und der Gutachter vertreten sich gegenseitig als Obergutachter (s. Hinweis Nr. 6.6 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO).

Zu Anlage 2 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

Grundsätzliche inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31.12.2003 – mit folgenden Änderungen im Landesrecht:

Zu Nummer 2 – Kieferorthopädische Leistungen

Nach den Beihilfevorschriften wird bei kieferorthopädischen Leistungen generell die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes gefordert.

Im Landesrecht gilt diese Forderung nur bei Leistungen der Nummern 603-609 GOZ, da es sich hierbei um rein kieferorthopädische Maßnahmen handelt. Für andere Leistungen ist es nicht erforderlich, einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. – Kostensparend -.

Zu Nummer 4 – Implantologische Leistungen

Die implantologischen Leistungen wurden getrennt in Implantatleistungen, Materialleistungen, sonstige Nebenleistungen und in die Leistungen der Suprakonstruktion. Gleichzeitig wurde eine beihilferechtliche Höchstgrenze hinsichtlich der Anzahl der Implantate je Kieferhälfte festgelegt.

Aus zahnmedizinischer Sicht besteht keine Notwendigkeit, mehr als 2 Implantate je Kieferhälfte zu setzen (auch bei der Befestigung einer Totalprothese).

Aus Vereinfachungsgründen in der Beihilfeabrechnung wird auf den Nachweis von Indikationen wie Einzelzahnücke, Freiendlücke usw. verzichtet, da dies in der Praxis teilweise schwer nachvollziehbar ist und dadurch Streitigkeiten auftreten.

Der Pauschalsatz für ein Implantat setzt sich aus den entsprechenden folgenden aufgeführten zahnärztlichen Leistungen für eine Implantatversorgung zusammen:

Die Nummern 900-905 GOZ mit einem einfachen Multiplikator ergeben einen Betrag in Höhe von 161,41 €. Unter Berücksichtigung des Multiplikatoren-Indexes des Jahres 2002 der BZÄK von 2,75, der PKV des Jahres 2000 von 2,83 ist für das Jahr 2005 hochgerechnet ein Multiplikatorenfaktor von 3,0 angemessen angesetzt.

Bei einem Faktor von 3,0 würde ein Betrag in Höhe von 484,23 € errechnet werden. Der Pauschalbetrag für eine implantologische Leistung mit 480 € angesetzt, entspricht einem Faktor von knapp unter 3,0.

Bei dem errechneten Pauschalsatz für die Materialkosten eines Implantats bei einem mittleren Preissegment wurden folgende Kosten zu Grunde gelegt:

– Einmal-Knochenfräse (einsetzbar für mehrere Implantationen innerhalb einer Operation)	122,00 €
– Implantat	230,00 €
– Gingivaformen	58,00 €
– Labor-Implantat-Übertragungs-Set	80,00 €
– Implantat-Aufbau (Abutment)	<u>85,00 €</u>
	<u>575,00 €</u>

Unter Berücksichtigung einer pauschalierenden Regelung für die durchschnittlich entstandenen Kosten dürfte der beihilfefähige Betrag in Höhe von 500,00 € durchaus als fair und wirtschaftlich für alle Seiten angemessen sein.

Insgesamt ist für einen implantierten Zahn – ohne Begleitleistungen wie z.B. Anästhesie und Suprakonstruktionsleistungen – ein beihilfefähiger Betrag in Höhe von 980,00 € anzuerkennen.

Im Gesamtergebnis handelt es sich um eine kostenneutrale bis einsparende Regelung, die sich jedoch verwaltungsmäßig in der Beihilfefestsetzung vereinfachend darstellt und insgesamt zu mehr Transparenz in der Abrechnung führt.

zu Anlage 3 zu § 9 Abs. 1 Nr. 4 BhVO

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

Grundsätzlich inhaltliche Übernahme der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31.12.2003 – mit redaktionellen Änderungen und Klarstellungen für den Landesbereich.

Änderungen:

Zu Nummer 1

- Die Aufwendungen für Bandagen wurden als voll beihilfefähig aufgenommen. Sie waren bisher mit 80 % beihilfefähig (Nr. 7) (s. Selbstbehalt § 16).
- Die beihilfefähige Höchstgrenze für Hörgeräte wurde auf 1.100 € pro Ohr festgelegt. Eine auf dem Erlasswege festgelegte Höchstgrenze liegt (auch beim Bund) zurzeit bei 1.025 €. Die Preisentwicklung erfordert eine Anhebung. Bei dem Betrag handelt es sich um eine Pauschalierung im mittleren Preisgefüge.
- Die Penisklemme wurde gestrichen, da es sich um kein Hilfsmittel im beihilferechtlichen Sinn handelt. Sie wird im Rahmen einer Behandlung benötigt und ist daher den Behandlungskosten zuzuordnen.
- Der Selbstbehalt für Schaumstoff-Therapie-Schuhe (64 €) wurde aufgehoben (s. Selbstbehalte § 16).
- Die Spritzen wurden als Hilfsmittel gestrichen, sie gehören zu den Behandlungskosten.
- Der Tinnitus-Masker wurde gestrichen. Es handelt sich um kein notwendiges Hilfsmittel. Die Tinnitusgeräusche können mit herkömmlichen Musikgeräten mit Kopfhörern ebenso übertönt werden. Die Kosten sind den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzuordnen. Dies gilt für alle ähnlichen Geräte zur Tinnitusbehandlung im ambulanten Bereich.

Zu Nummer 6

Der Selbstbehalt in Höhe von 100 €/Kalenderjahr für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte wurde gestrichen (s. Selbstbehalt in § 16).

Die Nichtbeihilfefähigkeit für Batterien für Hörgeräte wurde (bisher ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) auf alle Personen ausgedehnt. Der Missbrauch für den Verbrauch von Batterien zu Lasten der Beihilfefähigkeit wird dadurch eingedämmt. Die Aufwendungen für eine Erstausstattung mit Batterien sind beihilfefähig. Dies gilt auch für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

Zu Nummer 7 (alt)

Nummer 7 wurde gestrichen. Die Aufwendungen für Bandagen wurden in Nummer 1 aufgenommen. Der Selbstbehalt in Höhe von 20 % für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wurde gestrichen (s. Selbstbehalt § 16).

Zu Nummer 7 (neu)

Die Höchstgrenze von 512 € je Perücke wurde gestrichen (s. Selbstbehalt § 16). Die geschlechtliche Altersunterscheidung (männlich/weiblich) wurde ebenfalls gestrichen (Rechtsprechung).

Die Indikationen zur beihilferechtlichen Anerkennung der Aufwendungen für Perücken wurden um das „geschädigte Selbstwertgefühl“ und das „verminderte Persönlichkeitsgefühl“ erweitert. Die Indikationen sind durch ärztliches Gutachten zu bescheinigen.

Zu Nummer 8 (neu)

- Bandagen wurden gestrichen, s. Nr. 1
- Blutdruckmessgeräte sind dann beihilfefähig, wenn nach Herzoperationen oder bei Herz-Kreislauf-Dauerbehandlungen eine häusliche Kontrolle täglich erforderlich ist (ärztliche Bescheinigung). Die dadurch eingeschränkten Arztbesuche werden eingeschränkt.

Zu Nummer 11 – Aufwendungen für Sehhilfen

Grundsätzliche inhaltliche Übernahme aus den Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) – Stand 31.12.2003 – mit pauschalierenden Regelungen für das Landesrecht.

Die Grundsatzübernahme erfolgt auf Grund des Berichts des Finanzministers über die Weiterentwicklung der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge in Schleswig-Holstein und dem Beschluss des Landtages TOP 12 der Sitzung vom 20. Februar 2004.

Die medizinisch notwendigen Aufwendungen sind in der neuen Beihilfeverordnung des Landes als beihilfefähig anzuerkennen. Dazu gehören zweifelsfrei auch die Sehhilfen.

Mit der beihilfefähigen Anerkennung der Aufwendungen der Sehhilfen wird gewährleistet, dass die Zusatztarife/Beihilfeergänzungstarife der einzelnen privaten Krankenversicherungsunternehmen wieder leistungs verpflichtet werden (Gläser und Fassung).

Trotz der minimalen Reduzierung der beihilfefähigen Höchstbeträge und der pauschalen Anerkennung der Brillenfassung in Höhe von 20 € kommt es für die oder den Beihilfeberechtigten durch den Eintritt der Zusatztarife zu einer finanziellen Besserstellung.

Folgende Änderungen wurden gegenüber den Beihilfevorschriften des Bundes – Stand 31.12.2003 – in den Entwurf der Landesverordnung eingestellt.

Zu Nummer 11.1

Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers in Höhe von 13 € wurden gestrichen. Es ist den Geschäftskosten zuzuordnen, wenn ein Optiker eine Brille anpasst und verkaufen will, die Refraktion zu bestimmen. Diese Aufwendungen wurden bisher überwiegend nur deshalb in Rechnung gestellt, weil sie von der Beihilfe bezahlt wurden.

Zu Nummer 11.2

1. Zu den beihilfefähigen Aufwendungen einer Brille gehört logischerweise die Fassung
2. Unter pauschalierender Betrachtungsweise wurden die beihilfefähigen Beträge dem Durchschnitt angepasst und vereinfacht dargestellt. Indikationen sind nur bei besonderen Krankheitsmerkmalen notwendig.

Zu Nummer 11.3.3

Die beihilfefähigen Aufwendungen für die Kurzzeitlinsen wurden von 154 auf 150 € (sphärisch) und von 230 auf 220 € (torisch) gesenkt.

Zu Nummer 11.4

Die Brillenfassung für Schulsportbrillen wurde beihilferechtlich auf 40 € festgelegt (bisher 52 €).

Zu Nummer 11.5

Die Voraussetzungen für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind durch einen Augenarzt / Optiker zu bescheinigen.

Damit wird vorgebeugt, dass von der Beihilfe nicht mehrere sehstärkengleiche Brillen bezahlt werden.

C.

Trotz gewisser Unsicherheitsfaktoren in mehreren Bereichen bzw. Daten ist der Entwurf der Landesverordnung der Beihilfeverordnung insgesamt gleichwohl als kostenneutral anzusehen. Dabei ist durchaus festzustellen, dass die Beihilfeberechtigten durchschnittlich insgesamt keine Mehrbelastungen zu tragen haben.

Die Absenkung des Verwaltungsaufwandes bei den Beihilfestellen ist als bedeutend anzusehen, sie ist jedoch in € nicht bezifferbar.