

Durchführung der Beihilfenverordnung

Verwaltungsvorschrift des Ministeriums der Finanzen
vom 24. Juni 2005 (P 1820 A - 416)

Im Einvernehmen mit dem für das allgemeine öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium wird gemäß § 15 der Beihilfenverordnung (BVO) vom 31. März 1958 (GVBl. S. 103), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 9. Mai 2005 (GVBl. S. 195), BS 2030-1-50, folgende Verwaltungsvorschrift zur Durchführung der Beihilfenverordnung erlassen:

1 Zu § 1

1.1 Zu Absatz 1 Nr. 2

1.1.1 Personen, die Übergangsgeld nach den §§ 47 und 47 a des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) oder Unterhaltsbeitrag aufgrund disziplinarrechtlicher Regelungen oder Gnadenunterhaltsbeiträge empfangen, sind nicht beihilfeberechtigt.

1.1.2 Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen insbesondere § 22 Abs. 1 Satz 2, §§ 53 bis 56 und § 61 Abs. 2 und 3 BeamtVG in Betracht.

1.2 Zu Absatz 1 Nr. 3

1.2.1 Die in Nummer 3 genannten Angehörigen sind bereits von dem Tage an selbst beihilfeberechtigt, an dem die beihilfeberechtigte Person stirbt.

1.2.2 Nummer 1.1.2 gilt entsprechend.

1.3 Zu Absatz 3

Die Bestimmung stellt klar, aus welchem Rechtsverhältnis eine Beihilfe beim Zusammenreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften zu gewähren ist. Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig.

- 1.4 Zu Absatz 4
- 1.4.1 Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsberechtigte wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne der Absätze 4 und 6 nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn der beihilfeberechtigten Person aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. Beispiel: Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. Als Angestellte steht ihr insoweit keine Beihilfe zu, da sie infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach keine Beihilfeberechtigung aus ihrem Arbeitsverhältnis hat. Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht ihr insoweit eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin zu.
- 1.4.2 Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsberechtigte ist ausgeschlossen (§ 3 Abs. 4 Nr. 3 BVO). Steht der beihilfeberechtigten Person Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.
- 1.5 Zu Absatz 5
- Die Nummern 1.3 und 1.4 gelten entsprechend.
- 1.6 Zu Absatz 6
- 1.6.1 Beihilfeberechtigungen nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften sind zum Beispiel die Ansprüche der vollbeschäftigten Tarifvertragskräfte nach § 40 BAT, deren Arbeitsverhältnisse vor dem 1. Januar 1999 begründet wurden.
- 1.6.2 Im Falle einer Teilzeitbeschäftigung (z.B. nach § 40 Abs. 2 BAT) stellt der tarifliche Anspruch wegen der Quotelung keine den Vorschriften der Beihilfenverordnung vergleichbare Regelung dar.
- 1.6.3 Wird einer teilzeitbeschäftigten Tarifvertragskraft, die in einem beamtenrechtlichen Anspruch berücksichtigungsfähig ist, der aufgrund des Tarifvertrages zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen, bei nicht rechtswidriger Sterilisation und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, erhält die nach beamtenrechtlichen Vorschriften anspruchsberechtigte Person Beihilfen zu deren Aufwendungen, sofern die sonstigen Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b BVO erfüllt sind. Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die aufgrund des Tarifvertrags zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 3 Abs. 3 Satz 1 BVO).

§ 3 Abs. 4 Nr. 3 BVO findet keine Anwendung. Die Sätze 1 bis 3 gelten sinngemäß für teilzeitbeschäftigte Tarifvertragskräfte, die zusätzlich einen Anspruch aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger haben.

1.7 Zu Absatz 8 Nr. 2

1.7.1 Satz 1 findet keine Anwendung auf Bedienstete, die auf unbestimmte Zeit eingestellt worden sind. Dies gilt auch dann, wenn ein bestimmter Zeitraum als Probezeit festgesetzt worden ist.

1.7.2 Eine Unterbrechung im Sinne von Satz 2 liegt vor, wenn die beihilfeberechtigte Person an einem oder mehreren Werktagen, an denen üblicherweise Dienst getan wird, nicht im öffentlichen Dienst gestanden hat. Dies gilt nicht für die Zeit, die zwischen zwei Dienstverhältnissen zur Ausführung eines Umzuges benötigt wird.

2 **Zu § 2**

2.1 Zu Absatz 1 Nr. 1 Buchst. b

2.1.1 Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes (EStG) sind:

2.1.1.1 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§§ 13 bis 14a EStG),

2.1.1.2 Einkünfte aus Gewerbebetrieb (§§ 15 bis 17 EStG),

2.1.1.3 Einkünfte aus selbständiger Arbeit (§ 18 EStG),

2.1.1.4 Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit (§ 19 EStG),

2.1.1.5 Einkünfte aus Kapitalvermögen (§ 20 EStG),

2.1.1.6 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (§§ 21, 21 a EStG),

2.1.1.7 sonstige Einkünfte (§§ 22 u. 23 EStG).

2.1.1.8 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb und aus selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten (§§ 4 bis 9b EStG). Abzüge nach den §§ 10 bis 10 i und außergewöhnliche Belastungen (§§ 33 und 33a EStG) bleiben unberücksichtigt.

2.1.2 Sinken die Einkünfte des Ehegatten im laufenden Kalenderjahr unter 20.450,00 EUR, kann zu seinen Aufwendungen unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe gewährt werden. Nach Ablauf des Kalenderjahres hat die beihilfeberechtigte Person einen Nachweis über die Höhe der Einkünfte des Ehegatten zu erbringen. Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen, die in den Kalenderjahren entstanden sind, in denen die Einkünfte des Ehegatten 20.450,00 EUR überschritten haben.

2.2 Zu Absatz 2

Absatz 2 erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. Beihilfen werden also auch für Kinder gewährt werden, die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden. § 13 Abs. 4 BVO ist zu beachten.

2.3 Zu Absatz 3

Ein Beihilfeberechtigter, der nicht mit der Mutter seines Kindes verheiratet ist, kann zu den Aufwendungen für dieses Kind eine Beihilfe nur erhalten, soweit er die Kosten des Beihilfefalles ohne Kürzung seiner ständigen Unterhaltsleistungen nachweislich getragen hat. Hat er die Kosten des Beihilfefalles nur zum Teil getragen, sind sie lediglich in der Höhe, in der er sie getragen hat, zu berücksichtigen.

2.4 Zu Absatz 4

Zuwendungsempfänger im Sinne dieser Bestimmung sind Stellen außerhalb der Landesverwaltungen, die zur Erfüllung bestimmter Zwecke Zuwendungen aus Landesmitteln nach Maßgabe von § 23 der Landeshaushaltsordnung oder aufgrund vergleichbarer Regelungen Zuwendungen aus Mitteln des Bundes oder anderer Länder erhalten.

3 **Zu § 3**

3.1 Zu Absatz 1

3.1.1 Aufwendungen, die zwar durch eine Erkrankung verursacht sind, jedoch nicht der Wiedererlangung der Gesundheit oder Besserung und Linderung von Leiden, der Beseitigung oder dem Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden dienen, sind nicht beihilfefähig.

3.1.2 Mangelnde geistige oder körperliche Begabung sowie sich daraus ergebende Leistungsschwächen zählen nicht zu den Krankheitsfällen im Sinne dieser Bestimmung.

3.1.3 Aufwendungen für Schutzimpfungen können nur dann als notwendig angesehen werden, wenn die Impfung aufgrund der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut im jeweiligen Einzelfall angezeigt ist. Abweichend von Satz 1 sind auch Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen beihilfefähig, die außerhalb des von der STIKO empfohlenen Rahmens durchgeführt werden. Aufwendungen für Schutzimpfungen, die wegen eines Auslandsaufenthalts empfohlen sind, sind bei privater Veranlassung nicht beihilfefähig. Auch bei einem dienstlich veranlassten Auslandsaufenthalt können Aufwendungen für empfohlene Schutzimpfungen nicht als beihilfefähig anerkannt werden, da sie als Nebenkosten der Dienstreise erstattet werden.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Schutzimpfungen kann nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass solche Impfungen auch von den Gesundheitsämtern - und dort kostenlos - durchgeführt werden.

3.1.4 Aufwendungen für Untersuchungen zur Feststellung der Tropentauglichkeit, die aus Anlass einer privaten Auslandsreise vorgenommen werden, sind nicht durch die Behandlung einer Krankheit verursacht und deshalb nicht beihilfefähig.

3.1.5 Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind beihilfefähig bei

- Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
- Jugendlichen einmalig die Aufwendungen für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch zwölf Monate vor oder nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
- Frauen vom Beginn des 20., bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an die Aufwendungen für jährlich zwei Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
- Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an jedes zweite Jahr die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit,
- Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die Aufwendungen für zahnärztliche Maßnahmen zur Früherkennung und Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte bzw. der Zahnärzte und Krankenkassen.

Aufwendungen für andere Untersuchungen (z.B. check-up), die durchgeführt werden, ohne dass bestimmte Krankheitssymptome vorliegen, sind nicht beihilfefähig. Die Aufwendungen für die Durchführung eines AIDS-Tests sind beihilfefähig.

- 3.1.6 Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Unterkunftskosten und Fahrkosten (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 und 10 BVO) notwendig, wenn es sich um einen Problemfall handelt. Ein Problemfall liegt nur dann vor, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.
- 3.1.7 Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer bzw. Transfer der Gameten, homologe Insemination) nach § 4 Abs. 1 BVO ist unter den folgenden Voraussetzungen möglich:
- 3.1.7.1 Beihilfefähig sind Aufwendungen für
- die homologe Insemination
 - die In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer bzw. Transfer der Gameten.
- Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für eine heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation.
- 3.1.7.2 Homologe Insemination
- Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens fünf Behandlungen. Die Festsetzungsstelle kann bei entsprechender ärztlicher Feststellung darüber hinaus die Aufwendungen für weitere drei Behandlungen als beihilfefähig anerkennen.
- 3.1.7.3 In-vitro-Fertilisation
- Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens vier Behandlungen.
- 3.1.7.4 Über die in den Nummern 3.1.7.2 und 3.1.7.3 genannten Höchstgrenzen hinausgehende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.

- 3.1.8 Gutachten sind mit Einverständnis der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. Entstehen für ein Gutachten Kosten, trägt diese die Festsetzungsstelle (Beihilfetitel).
- 3.2 Zu Absatz 2
- 3.2.1 Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zugrunde zu legen sind. Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Die in den Gebührenordnungen vorgegebenen Bemessungsrahmen enthalten im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.
- 3.2.2 Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richten sich nach der GOÄ. Sie sind nur für Leistungen berechnungsfähig, die in den Abschnitten B und G der GOÄ aufgeführt sind (§ 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder – und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 – BGBl. I S. 818).
- 3.2.3 Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 3 Abs. 2 BVO) sind die Gebühren nach der GOÄ/GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt, Zahnarzt, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z.B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet.
- 3.2.4 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 bzw. Abs. 4 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nach § 3 Abs. 1 BVO nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen
- besonders schwierig war oder
 - einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
 - wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnis berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 3 GOZ).

3.2.5 Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die beihilfeberechtigte Person bitten, die Begründung durch den Arzt, den Zahnarzt oder den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person veranlasst worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, so kann mit Einverständniserklärung der beihilfeberechtigten Person eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer oder Zahnärztekammer eingeholt werden.

3.2.6 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der Gebührenordnung für Ärzte insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen (Adgo usw.) ist nicht zulässig; dies gilt auch für eine Abdingung der Gebührenordnung für Zahnärzte (§ 2 Abs. 1 GOZ). Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 Abs. 1 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen i.S. der Beihilfenverordnung angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 2 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 2 GOZ) ist nach der ärztlichen Begründung entsprechend den Nummern 3.2.4 und 3.2.5 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der Festsetzungsstelle mit Zustimmung des für das Beihilfenrecht zuständigen Ministeriums zugelassen werden.

Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden, sind nicht beihilfefähig.

3.2.7 Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5 b GOÄ, § 5 a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP i.V.m. § 5 b GOÄ.

3.2.8 Auf die Arbeitshinweise zum Beihilfenrecht „Anwendung des § 3 Abs. 2 Satz 2 BVO“ (Rundschreiben des Ministeriums der Finanzen vom 5. Februar 2004 (P 1820/03 A – 416) – MinBl. S. 132 – wird verwiesen.

3.3 Zu Absatz 3

- 3.3.1 In der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherte Familienangehörige usw. (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b und c sowie Nr. 2 Buchst. b und c BVO) haben gegen die Versicherungsträger Anspruch auf Leistungen im Sinne dieser Bestimmung. Dies gilt auch für die beihilfeberechtigte Person, die ohne Beitragsleistung der gesetzlichen Rentenversicherung angehört und gegenüber dem Träger der Rentenversicherung Anspruch auf Leistungen hat. Soweit Leistungen in Anspruch genommen werden, sind beihilfefähige Aufwendungen in dieser Höhe nicht entstanden. Als berücksichtigungsfähige Leistungen der Rentenversicherungsträger kommen insbesondere Zuschüsse zu den Kosten für Arznei- und Hilfsmittel in Betracht.
- 3.3.2 Ansprüche aus einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis im Sinne dieser Bestimmung liegen vor, wenn der Dienstherr oder Arbeitgeber im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses zu Krankheitskosten über das Arbeitsentgelt hinaus kostenbezogene Zuschüsse, Beihilfen oder dergleichen gewährt.
- 3.3.3 Ansprüche eines Kindes, dessen Eltern nicht verheiratet sind, gegen seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit und für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615 a i.V.m. § 1610 Abs. 2 BGB). Der Unterhaltsanspruch fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 3 Abs. 3 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. Daher kann die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfe beansprucht. Auf den Anspruch der Mutter gegen den Vater ihres Kindes, mit dem sie nicht verheiratet ist, auf Ersatz ihrer Entbindungs- und Folgekosten (vgl. § 1615 I Abs. 1 Satz 1 BGB) findet § 3 Abs. 3 Satz 1 keine Anwendung. Beihilfen sind Leistungen des Arbeitgebers im Sinne des § 1615 I Abs. 1 Satz 2 BGB. Gegenüber diesen Leistungen tritt der Anspruch der Mutter gegen den Vater zurück. Die mit § 1615 I Abs. 1 Satz 2 BGB getroffene gesetzgeberische Entscheidung ist für die Anwendung des § 3 Abs. 3 Satz 1 bindend. Das bedeutet, dass der Mutter eines Kindes, mit dessen Vater sie nicht verheiratet ist, Beihilfen für die Entbindungs- und Folgekosten nicht versagt werden dürfen.
- 3.3.4 Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z.B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankheitsfürsorge aufgrund Artikel 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433) in der jeweils geltenden Fassung. Zu den zustehenden Leistungen gehören - mit Ausnahme der in Nummer 3.3.5 genannten - auch Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und zwar Leistungen der Kriegsopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen der leistungsberechtigten Person oder ihrer unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden. Ferner gehören zu den zustehenden Leistungen auch die Leistungen aus einer Schulunfallversicherung.

- 3.3.5 Zu den zustehenden Leistungen gehören nicht
- a) Bestattungsgelder nach dem Bundesversorgungsgesetz
 - b) Leistungen der Kriegsopferversorgung (§ 26 c Abs. 8 und 9 BVG) bei dauernder Pflegebedürftigkeit.
- 3.3.6 In den Fällen, in denen § 98 LBG keine Anwendung findet (z. B. bei einem Schadenersatzanspruch wegen eines Sachschadens), gilt Absatz 3 Satz 1 auch, wenn eine dritte Person aufgrund von Bestimmungen des bürgerlichen Rechts verpflichtet ist, die Kosten der beihilfefähigen Aufwendungen zu erstatten. So hat eine beihilfeberechtigte Person, die oder deren berücksichtigter Familienangehöriger unter Beteiligung einer dritten Person eine Gesundheitsschädigung, z.B. durch einen Verkehrsunfall, erleidet, insoweit keinen Beihilfeanspruch, als ihr oder einer zur Familie gehörenden Person für die entstandenen Aufwendungen ein Schadenersatzanspruch gegen die dritte Person zusteht. Dies gilt auch bei Abfindungsvereinbarungen und Vergleichen. Sind durch eine Abfindungsvereinbarung oder einen Vergleich auch künftig entstehende Aufwendungen (ggf. im Verhältnis der Schadensteilung) abgegolten worden, so wird Beihilfe auch nicht insoweit gewährt, als der künftig tatsächlich entstehende Schadensbetrag den Abfindungsbetrag übersteigt. Zur Vermeidung von Nachteilen empfiehlt es sich, dass die beihilfeberechtigte Person vor Abschluss einer solchen Abfindungsvereinbarung oder eines Vergleichs sich an die Festsetzungsstelle wendet. Sofern sie Bedenken gegen die Abfindungsvereinbarung oder den Vergleich nicht erhebt, kann dies der beihilfeberechtigten Person später nicht entgegengehalten werden. Für die Beihilfefestsetzung kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die im Vergleich vereinbarte Schadensteilung der wirklichen Sach- und Rechtslage entspricht, sofern nicht konkrete Anhaltspunkte - insbesondere, wenn neben der vereinbarten Schadensteilung noch weitere Leistungen erbracht werden - Anlass zu Zweifeln geben.
- In den Fällen des § 98 LBG (§ 3 Absatz 3 Satz 2 BVO) ist eine Anrechnung von Leistungen dritter Personen nicht vorzunehmen. Die Nummern 3.3.7, 3.3.8 und 3.3.10 bis 3.3.12 sind in diesen Fällen nicht anzuwenden.
- 3.3.7 Soweit der beihilfeberechtigten Person oder den Familienangehörigen gegenüber einer dritten Person ein Schadenersatzanspruch zusteht, darf eine Beihilfe auch nicht gegen Abtretung dieses Schadenersatzanspruchs bewilligt werden. Wird ausnahmsweise dargelegt, dass der Schadenersatzanspruch nicht realisierbar ist oder die Aussichten einer gerichtlichen Verfolgung gering sind, so kann Beihilfe - ggf. gegen Abtretung der Rechte - gleichwohl gewährt werden.
- Absatz 3 bleibt auch dann anwendbar, wenn der der beihilfeberechtigten Person oder den berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen zustehende Schadenersatzanspruch nach § 67 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 (RGBl. S. 263) in der jeweils geltenden Fassung ganz oder teilweise auf einen privaten Versicherungsträger ü-

bergeht bzw. der Berechtigte diesen Forderungsübergang behauptet, weil die private Krankenversicherung an ihn Leistungen erbracht hat (vgl. Urteil des BVerwG vom 21. März 1979 - 6 C 78.78 -, RiA 1979 S. 146).

3.3.8 Das Gleiche gilt, wenn die durch das Verschulden einer dritten Person verletzte beihilfeberechtigte Person oder eine zur Familie gehörende Person in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist. Auf dieses Versicherungsverhältnis finden die Sozialgesetzbücher V und X Anwendung. Der gegen die dritte Person bestehende Schadenersatzanspruch geht gemäß § 116 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch im Zeitpunkt des Entstehens auf den Versicherungsträger über, und zwar in der Höhe, in der die Kasse der beihilfeberechtigten Person oder einer zur Familie gehörenden Person nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zu gewähren hat. Der sofortige Forderungsübergang hat zur Folge, dass die beihilfeberechtigte Person oder eine zur Familie gehörende Person zu keiner Zeit über den Schadenersatzanspruch verfügen oder ihn gerichtlich geltend machen kann. Gleichwohl ist auch hier der Beihilfeanspruch gemäß Absatz 3 ganz oder teilweise ausgeschlossen, weil den Pflichtversicherten zwar kein Anspruch auf Kostenerstattung gegen die dritte Person, wohl aber ein gesetzlicher Anspruch auf Krankenhilfe gegen den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zusteht.

Das Gleiche gilt, wenn die durch das Verschulden einer dritten Person verletzte beihilfeberechtigte Person oder eine zur Familie gehörende Person freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.

3.3.9 Bei der Anwendung des Absatzes 3 ist von der Anrechnung solcher Schadenersatzansprüche abzusehen, die der beihilfeberechtigten Person oder den nach § 2 BVO berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegen einen in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Familienangehörigen zustehen. Als Familienangehörige sind dabei alle Personen anzusehen, die mit der geschädigten Person im Rechtssinne verwandt oder verschwägert sind und bei denen dies für die Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft bestimmend war. Hierzu wird auf die zu § 1542 RVO und zu § 136 Hess. LBG bzw. § 87 a BBG ergangenen Urteile des BGH vom 11. Februar 1964 - VI ZR 271/62 - (VersR 1964 S. 391) und vom 18. Januar 1965 - VI ZR 234/63 - (VersR 1965 S. 386) verwiesen.

3.3.10 Verhandlungen über Schadenersatzansprüche und deren Realisierung können sich erfahrungsgemäß über einen längeren Zeitraum hinziehen. Die beihilfeberechtigte Person muss aber unter Umständen hohe Aufwendungen sofort begleichen. Es bestehen deshalb keine Bedenken, wenn der beihilfeberechtigten Person in solchen Fällen auf Antrag eine finanzielle Hilfe unter folgenden Voraussetzungen gewährt wird:

3.3.10.1 Die Hilfe kann nur bis zur Höhe einer an sich möglichen Beihilfe gewährt werden. Bei der Bemessung sind die von einer Krankenversicherung oder Pflegekasse gewährten Leistungen in der Weise zu berücksichtigen, dass die Leistungen einer Kranken- und/oder Pflege-

versicherung und Beihilfe zusammen die entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreiten.

- 3.3.10.2 Die beihilfeberechtigte Person verpflichtet sich, den Schadenersatzanspruch gegenüber der ersatzpflichtigen Person geltend zu machen und die Durchsetzung der Forderung ernsthaft - notfalls im Prozesswege - zu betreiben.
- 3.3.10.3 Die beihilfeberechtigte Person erklärt sich damit einverstanden, dass Zahlungen von Leistungspflichtigen bis zur Höhe der gewährten Hilfe unmittelbar an die die Hilfe gewährende Stelle (Beihilfenfestsetzungsstelle) geleistet werden. Die Erklärung ist dem Leistungspflichtigen mit Angabe der Höhe der gewährten Hilfe in Ablichtung zur weiteren Veranlassung zuzuleiten.
- 3.3.10.4 Wird die Hilfe für beihilfefähige Aufwendungen des Ehegatten und/oder eines volljährigen Kindes beantragt, so hat die beihilfeberechtigte Person nachzuweisen, dass der Schadenersatzanspruch des Ehegatten und/oder des volljährigen Kindes an sie abgetreten worden ist (Vertrag gemäß § 398 BGB).
- 3.3.11 Für den Antrag auf Gewährung der Hilfe sind die folgenden Vordrucke zu verwenden:
 - 3.3.11.1 Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe bei Schadenersatzanspruch gegen dritte Personen wegen Krankheitskosten mit einer Erklärung über das Bezugsrecht von Zahlungen aus Schadenersatzansprüchen (Anlagen 1 und 2), ggf. der Abtretungserklärung (Anlage 3).
 - 3.3.11.2 Anträge auf Gewährung einer Beihilfe, wobei in der Zusammenstellung der Aufwendungen lediglich die Aufwendungen aus Anlass des Unfalls usw. aufzuführen sind.
- 3.3.12 Die Hilfe ist aus Beihilfemitteln zu zahlen und nach der Entscheidung über den Schadenersatzanspruch ggf. zurückzuzahlen bzw. auf die zustehende Beihilfe anzurechnen.
- 3.4 Zu Absatz 4
 - 3.4.1 Der Zeitpunkt, in dem die den Aufwendungen zugrunde liegende Leistung erbracht wird, ist z.B. die Behandlung durch einen Arzt oder Zahnarzt, der Kauf von Arzneimitteln, Hilfsmitteln usw.
 - 3.4.2 Zu den persönlichen Tätigkeiten naher Angehöriger zählen insbesondere ärztliche oder zahnärztliche Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Heilbehandlungen wie Massagen, Gymnastik und dergleichen. Hinsichtlich pflegerischer Tätigkeiten gelten die Sonderbestimmungen in § 4 Abs. 1 Nr. 12 und Abs. 4 BVO.

- 3.4.3 Zu den gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenanteilen gehören insbesondere die nach § 23 Abs.6, § 24 Abs. 3, § 28 Abs. 4, § 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 2, § 37 Abs. 5, § 37 a Abs. 3, § 38 Abs. 5, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5 und 6, § 41 Abs. 3 und § 60 Abs. 1 und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, alle in Verbindung mit § 61 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, nach § 27 a Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sowie nach § 32 Abs. 2 und 3 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch. Sie sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von den Sozialleistungsträgern keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird.
- 3.4.4 Zuzahlungen und Eigenanteile liegen nur dann vor, wenn die versicherte Person auch tatsächlich entsprechende Zahlungen geleistet hat; ein nicht gezahlter (fiktiver) Arzneimittelanteil o. Ä. ist bei der Ermittlung der beihilfefähigen Aufwendungen nicht abzuziehen (vgl. Urteil des BVerwG vom 30. April 1992 - 2 C 2989 -, ZBR S. 275).
- 3.5 Zu Absatz 5
- 3.5.1 Die Frist des Absatzes 5 ist nur gewahrt, wenn der Antrag innerhalb von zwei Jahren nach Entstehung der Aufwendungen oder der erstmaligen Erstellung einer Rechnung bei der Festsetzungsstelle eingegangen ist. Das Versäumen der Frist bewirkt das Erlöschen des Anspruchs (materielle Regelung). Eine Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand (formelle Maßnahme) ist daher ausgeschlossen. Da auch eine andere Rechtsgrundlage über die Wiederherstellung der Beihilfefähigkeit bei erloschenem Anspruch nicht besteht, darf eine Beihilfe zu solchen Aufwendungen nicht gezahlt werden.
- 3.5.2 Nummer 3.5.1 gilt auch für Aufwendungen einer früher beihilfeberechtigten Person, die nach Beendigung des Dienstverhältnisses nicht mehr zu dem nach § 1 Abs. 1 BVO beihilfeberechtigten Personenkreis gehört, soweit die Aufwendungen bis zu ihrem Ausscheiden entstanden sind.
- 4 **Zu § 3 a**
- 4.1 Zu Absatz 1
- 4.1.1 Absatz 1 gilt sowohl für die Pflichtversicherten wie für die freiwillig den genannten Krankenkassen angehörenden Versicherten. Er gilt dagegen nicht für diejenigen bei Ersatzkassen freiwillig Versicherten, die sogenannten geschlossenen Tarifen (Klassen) angehören.
- 4.1.2 Aufwendungen, die durch Leistungen des Versicherungsträgers gedeckt sind, sind nicht beihilfefähig.
- 4.2 Zu Absatz 2 Satz 1 bis 5

4.2.1 Nach § 2 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erhalten die Versicherten die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen als Sach- und Dienstleistungen, soweit im Fünften und Neunten Buch Sozialgesetzbuch nichts anderes bestimmt ist. Wegen der Sachleistungsverweisung ist deshalb eine Beihilfegewährung nur in den Fällen möglich,

- in denen das Beihilferecht Leistungstatbestände enthält, welche über die der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen (z.B. Geburts- und Todesfälle),
- in denen die gesetzlichen Krankenkassen nach den gesetzlichen Bestimmungen bzw. ihren Satzungen lediglich Zuschüsse zahlen (z.B. Medizinische Vorsorgeleistungen - § 23 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, medizinische Vorsorge für Mütter - § 24 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
- in denen die gesetzliche Krankenversicherung Festzuschüsse für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung zahlt - § 56 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

4.2.3 Der Verweis auf die zustehenden Sachleistungen hat auch zu erfolgen, wenn die gesetzlichen Krankenkassen anstelle der zustehenden Sachleistung eine Geldleistung erbringen, z.B. weil der Versicherte sich für eine andere Ausführung eines Hilfsmittels entschieden hat.

4.2.4 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen einer pflichtversicherten Person für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen, für die ihr Familienkrankenhilfe (§ 10 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch) zusteht, die dadurch entstanden sind, dass z.B. eine Krankenhausbehandlung in einer höheren als der allgemeinen Pflegeklasse durchgeführt wird oder Leistungen von nicht bei der Krankenkasse zugelassenen Ärzten oder von Heilpraktikern in Anspruch genommen werden.

4.3 Zu Absatz 3

Wird einer beihilfeberechtigten Person als Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch zu den von ihr zu tragenden Aufwendungen für eine als beihilfefähig anerkannte Heilkur nach § 9 BVO von dem Versicherungsträger ein Zuschuss bewilligt, so findet Absatz 1 Anwendung. Werden dagegen die Kosten für die als beihilfefähig anerkannte Heilkur vom Versicherungsträger getragen und hat die beihilfeberechtigte Person selbst lediglich einen Zuschuss zu diesen Kosten zu leisten, so ist dieser Zuschuss nach § 9 BVO beihilfefähig; jedoch ist § 3 Abs. 4 Nr. 4 zu beachten. § 12 Abs. 5 BVO findet keine Anwendung.

5 **Zu § 4**

5.1 Zu Absatz 1 Nr. 1

- 5.1.1 Sind ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht worden, so gelten § 3 Abs. 2 BVO und die Regelung in Nummer 3.2.
- 5.1.2 Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.
- 5.1.3 Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit oder Dienstfähigkeit der beihilfeberechtigten Person sind beihilfefähig.
- 5.1.4 Aufwendungen für die Behandlung durch Heilpraktiker sind nur bis zu der sich aus § 3 Abs. 2 Satz 2 BVO ergebenden Höhe beihilfefähig. Auf die Arbeitshinweise zum Beihilfenrecht „Anwendung des § 3 Abs. 2 Satz 2 BVO“ (Rundschreiben des Ministeriums der Finanzen vom 5. Februar 2004 (P 1820/03 A – 416) – MinBl. S. 132) wird verwiesen.
- 5.1.5 Wegen der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen wird auf die hierzu erlassene Verwaltungsvorschrift „Psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung“ vom 17. Januar 2002 (P 1820/04 A – 416 - MinBl. S. 271) in der jeweils geltenden Fassung - verwiesen.
- 5.1.6 Aufwendungen für ärztlich durchgeführte
- medizinische Trainingstherapie (MTT)
- gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät)
sind je Krankheitsfall für bis zu 25 Sitzungen beihilfefähig.
- 5.2 Zu Absatz 1 Nr. 2
Nummer 2 gilt entsprechend bei einer stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz, in dem eine palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird.
- 5.3 Zu Absatz 1 Nr. 4
- 5.3.1 Buchstabe b setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung (stationäre Unterbringung) voraus. Eine Unterbringung nur tagsüber (teilstationäre Unterbringung) reicht nicht aus. Absatz 1 Nr. 4 Buchst. b findet deshalb bei teilstationärer Unterbringung keine Anwendung.
- 5.3.2 Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von kranken und behinderten Menschen dienen, können insbesondere Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangsheime für

Suchtkranke sein. Voraussetzung ist, dass die Unterbringung anlässlich einer Heilbehandlung nach Absatz 1 Nr. 8 erforderlich ist.

- 5.3.3 Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für die Unterbrechungen durch Krankheit der behandelten Person erhoben werden, sind bis zu insgesamt 5,00 EUR täglich beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen in der Person des Behandelten liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.
- 5.4 Zu Absatz 1 Nr. 6
- 5.4.1 Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen sind nur beihilfefähig, wenn und soweit die Mittel von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker nach Art und Menge vor der Beschaffung schriftlich verordnet worden sind. Ausnahmen sind unzulässig.
- 5.4.2 Kosten für Arzneimittel usw., die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.
- 5.4.3 Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z.B. D-Fluoretten, Vigantolekten) bei Säuglingen und Kleinkindern.
- 5.4.4 Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Lebens zu ersetzen gehören z.B. Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer (z.B. Fachinger, Heppinger und St. Margareten Heilwasser), medizinische Körperpflegemittel und dergleichen.

In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig sind bei:

- Ahornsirupkrankheit
- Colitis ulcerosa
- Kurzdarmsyndrom
- Morbus Crohn
- Mukoviszidose, bei starkem Untergewicht
- Phenylketonurie
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z.B. Mundboden- und Zungenkarzinom)
- Tumorthérapien (auch nach der Behandlung)

- postoperative Nachsorge.

Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten, die bei Säuglingen oder Kleinkindern mit Neurodermitis zum Zwecke einer diagnostischen Eliminationsdiät eingesetzt werden, sind für einen Zeitraum von einem halben Jahr beihilfefähig.

- 5.5 Zu Absatz 1 Nr. 8 wird auf die Verwaltungsvorschrift „Beihilfefähigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen von Heilbehandlungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 8“ vom 26. September 2001 (P 1820 A – 416, MinBl. S. 292) in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.
- 5.6 Zu Absatz 1 Nr. 9 wird auf die Verwaltungsvorschrift „Beihilfefähigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke“ vom 31. Januar 2004 (P 1820 A – 416, MinBl. S. 125) in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.
- 5.7 Zu Absatz 1 Nr. 10
- 5.7.1 Aufwendungen für die in Nummer 10 genannten Beförderungen und Fahrten einer erkrankten Person sind nur dann beihilfefähig, wenn ihre Behandlung oder Untersuchung für die Fahrt ursächlich war.
- 5.7.2 Aufwendungen für sonstige Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig.
- 5.8 Zu Absatz 1 Nr. 11
- Die Aufwendungen für die Registrierung sind nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 BVO beihilfefähig.
- 5.9 Zu Absatz 1 Nr. 12
- 5.9.1 Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend, d.h. bis zur Dauer von höchstens 6 Monaten, der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bedürfen:
- a) Zur Grundpflege zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z.B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Ausziehen), Hygiene (z.B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
 - b) Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung sowie das Beheizen.
 - c) Die Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung und Einreibungen.

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

- 5.9.2 Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder freien gemeinnützigen Träger beihilfefähig. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine von einem Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig. Durchschnittliche Kosten einer Krankenpflegekraft sind die monatliche feste Vergütung einer Angestellten in der VergGr. Kr. V der Anlage 1 b zum BAT (Endstufe der Grundvergütung, Ortszuschlag nach Tarifklasse II Stufe 2, Allgemeine Zulage, Pflegezulage, anteilige Sonderzuwendung sowie anteiliges Urlaubsgeld zuzüglich der Arbeitgeberanteile); das für das Beihilferecht zuständige Ministerium gibt den jeweiligen Höchstbetrag bekannt. Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für den Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.
- 5.9.3 Bei einer vorübergehenden Krankenpflege in einem Alten-/Seniorenwohnheim einer nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.
- 5.9.4 Zur Behandlungspflege gehören insbesondere Injektionen, Anlegen und Wechseln von Verbänden bzw. Kathetern, Darmspülungen, Dekubitusversorgung (nicht Dekubitusprophylaxe), Blutdruck- und Blutzuckermessung sowie Verabreichen von Sondennahrung.
- 5.10 Zu Absatz 3
- Der Ausschluss umfasst nicht nur von einem Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlungen (Absatz 1 Nr. 8), sondern auch von einem Arzt selbst durchgeführte Behandlungen (Absatz 1 Nr. 1).
- 5.11 Zu Absatz 4
- 5.11.1 Eine Erwerbstätigkeit ist nur dann geringfügig, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt.
- 5.11.2 Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Abweichend hiervon

können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen erforderlich ist; Entsprechendes gilt in den Fällen des § 4 Abs. 1 Nr. 4 Buchst. a Satz 3 BVO.

5.11.4 Ein besonderer Fall im Sinne von Satz 3 ist nur dann anzunehmen, wenn der Arzt die Notwendigkeit des Tätigwerdens einer Familien- und Haushaltshilfe ausdrücklich bestätigt hat.

5.11.5 Allein Erziehende im Sinne des Satzes 2 sind Mütter oder Väter, die mit ihrem berücksichtigungsfähigen Kind, für das sie die Personensorge haben, in einem Haushalt leben.

6 **Zu § 5**

6.1 Zu Absatz 1

6.1.1 Zahntechnische Leistungen (Laborkosten) sind nur handwerklich gefertigte Werkstücke einschließlich der hierfür notwendigen Materialien und Legierungen, der zur Erbringung der Leistung notwendigen Arbeitsgänge sowie der unumgänglichen Nebenkosten. Nicht dazu gehören die Kosten, die mit den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses der GOZ abgegolten sind (§ 4 Abs. 3 GOZ).

6.1.2 Die Auslagen für zahntechnische Leistungen können nach § 9 GOZ berechnet werden. Sie sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Rechnung des Zahnarztes oder des Dentallabors nachzuweisen.

6.2 Zu Absatz 2

Auf Nummer 5.1.1 wird verwiesen.

6.3 Zu Absatz 3

Eine systematische Parodontalbehandlung liegt vor, wenn sich an die Erhebung des Parodontalstatus nach Nummer 400 GOZ Behandlungen nach den Nummern 407 ff. der GOZ anschließen.

6.4 Zu Absatz 4

- 6.4.1 Zu den vorbereitenden Maßnahmen gehören insbesondere Wiederherstellungsmaßnahmen von verloren gegangener Knochensubstanz bzw. Maßnahmen für den allgemeinen Knochenaufbau (Augmentation). Dabei kommen unterschiedliche Techniken und (Knochenaufbau-)Materialien (z.B. körpereigene Knochen bzw. synthetisches Fremdmaterial) zum Einsatz. Zu den Techniken gehört auch der sog. Sinuslift (Sinusbodenelevation).
- 6.4.2 Zu den ergänzenden Maßnahmen gehören insbesondere Neurolysen und Nervverlagerungen.
- 6.4.3 Suprakonstruktion ist der Aufbau, der auf ein Implantat aufgelagert wird. Sekundärteile eines Implantatsystems gehören nicht dazu. Die Anfertigung der Suprakonstruktion verhält sich im Ablauf so wie die Herstellung von entsprechenden zahngetragenen Kronen, Brücken und Prothesen.
- 6.5 Zu Absatz 5
- 6.5.1 Nummer 1.7.2 findet Anwendung.
- 6.5.2 Der Begriff des öffentlichen Dienstes ist in § 1 Abs. 10 BVO definiert.

7 **Zu § 5 a**

- 7.1 Zu Absatz 1
- 7.1.1 Aufwendungen für den Investitionszuschlag nach § 14 Abs. 8 BPfIV, den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie für jeden Belegungstag bei Fallpauschalen berechnen, sind beihilfefähig. Dies gilt auch für den Zuschlag (DRG-Systemzuschlag), der von den Krankenhäusern nach dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung (DRG-Systemzuschlags-Gesetz vom 27. April 2001, BGBl. I S. 772) berechnet wird.
- 7.1.2 Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung nach den Vorgaben der BPfIV, ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der BPfIV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben der KHEntgG abgerechnet, kann für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ein Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen,

der auf einer Vereinbarung zwischen dem AOK-Bundesverband, den Ersatzkassen sowie dem PKV-Verband einerseits sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft andererseits basiert, verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 26,00 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

- 7.1.3 Die Gewährung einer Beihilfe zu den Aufwendungen für ärztliche Wahlleistungen bzw. Wahlleistungen Unterkunft erfolgt unter den Voraussetzungen des Absatzes 2. Außerdem ist die Vorlage des mit dem liquidationsberechtigten Arzt bzw. mit dem Krankenhaus gemäß § 17 KHEntgG bzw. § 22 Abs. 2 BpflV geschlossenen Behandlungsvertrages bei der Festsetzungsstelle erforderlich.
- 7.1.4 Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
- 7.1.5 Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig. Wird während der stationären Krankenhausbehandlung die ärztliche Versorgung als Wahlleistung in Anspruch genommen, so findet Absatz 1 Nr. 1 Anwendung.
- 7.1.6 Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die Bundespflegegesetzverordnung nicht anwenden. Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei oder mehr Betten und werden als gesondert berechnete Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 v.H. dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 12,00 EUR täglich beihilfefähig.
- 7.1.7 Aufwendungen für in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag sind nicht berechnungsfähig und damit nicht beihilfefähig.

- 7.1.8 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 18 KHEntgG bzw. § 23 BPfIV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 17 KHEntgG bzw. § 22 BPfIV beihilfefähig.
- 7.2 Zu Absatz 2
- 7.2.1 Das Beihilfesystem des Landes ist eine öffentliche Einrichtung. Zur teilweisen Deckung des Aufwandes dieser Einrichtung wird der Betrag von 13 EUR als Beitrag von denjenigen erhoben, die den Anspruch auf Beihilfefähigkeit von Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung aufrechterhalten möchten.
- 7.2.2 Auch teilzeitbeschäftigte Beamte müssen zur Aufrechterhaltung ihres Anspruchs auf Beihilfefähigkeit von Wahlleistungen den Beitrag in voller Höhe entrichten.
- 7.2.3 Während der Zeit einer Beurlaubung ohne Beihilfeanspruch oder einer Abordnung zu einem anderen Dienstherrn ruht die Verpflichtung zur Zahlung des monatlichen Beitrags. Hingegen ist während der Zeit einer Beurlaubung mit Beihilfeanspruch der Beitrag in voller Höhe zu entrichten. In den Fällen des § 19 e Urlaubsverordnung (UrIVO) - Elternzeit - ist der Beitrag bei der Berechnung des Zuschusses nach § 19 e Abs. 2 UrIVO zu berücksichtigen.
- 7.2.4 Wird eine beihilfeberechtigte Person mit Anspruch nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften zusätzlich beihilfeberechtigt aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger, kann sie ihre Ansprüche aus diesem Anspruch nur durch eine Erklärung innerhalb der Ausschlussfrist sichern. Solange aufgrund des § 1 Abs. 4 BVO der Anspruch aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger nicht zum Tragen kommt, ruht jedoch die Verpflichtung zur Zahlung des monatlichen Beitrags.
- 7.2.5 Werden in einem Monat die Bezüge nicht in vollem Umfang gezahlt, z.B. bei Begründung des Beamtenverhältnisses, Abordnung zu einem anderen Dienstherrn oder Ausscheiden aus dem Beamtenverhältnis, ist der Beitrag entsprechend der Kürzung der Bezüge zu mindern. Wechselt der Beihilfeanspruch während eines Monats auf einen anderen Dienstherrn, ist der Beitrag auch dann nur anteilig zu entrichten, wenn Bezüge für den vollen Monat gezahlt werden.
- 7.2.6 Unter den Voraussetzungen der Nummer 2 Buchst. a kann eine beihilfeberechtigte Person das Wahlrecht zur Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Beihilfen für Wahlleistungen mehrfach ausüben. Soweit diese Situation beim selben Dienstherrn eintritt, ist ein wiederholter Hinweis auf die Ausschlussfrist entbehrlich.
- 7.2.7 Bei Eintritt in den Ruhestand und bei Beginn oder Ende einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge besteht keine neue Wahlmöglichkeit.

7.2.8 Ein Widerruf der Erklärung wird zum 1. des auf den Widerruf folgenden Kalendermonats wirksam.

7.2.9 In den Fällen, in denen der Beitrag nicht von den laufenden monatlichen Bezügen einbehalten werden kann (Beurlaubungen ohne Dienstbezüge), wird er zum 15. des jeweiligen Monats fällig. Zahlt der Beihilfeberechtigte nicht, wird das Mahnverfahren in Gang gesetzt. Kommt der Beihilfeberechtigte seiner Zahlungspflicht über einen Zeitraum von drei Monaten nicht nach, ist dies als Widerruf zu werten. Der Beihilfeanspruch zu Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung entfällt in diesen Fällen mit Beginn des Zahlungsverzuges.

7.3 Zu Absatz 3
Krankenhäuser der Maximalversorgung sind die in den jeweiligen Krankenhausbedarfsplänen der Länder ausgewiesenen Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe.

8 **Zu § 6**

8.1 Zu Absatz 1

Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Nummer 5.9.1). Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 4 Abs. 1 Nr. 12 BVO beihilfefähig. Nummer 5.9.4 gilt entsprechend.

8.2 Zu Absatz 2

8.2.1 Krankheiten oder Behinderungen sind

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

8.2.2 Hilfe besteht in der Unterstützung im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme der Verrichtungen. Zu den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zählen:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren sowie die Darm- und Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

- im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und das Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.

Ein alleiniger Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung reicht nicht aus. Aufwendungen für eine berufliche oder soziale Eingliederung oder zur Förderung der Kommunikation sind nicht beihilfefähig.

8.2.3 Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

8.3 Zu Absatz 3

8.3.1 Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die

- bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegediensten) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen oder
- bei der Pflegekasse angestellt sind oder
- von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
- mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geschlossen haben.

8.3.2 Bei der Zuordnung zu den Pflegestufen sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale zur Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) vom 21. März 1997 in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

8.3.3 Aufwendungen für die häusliche Pflege können nur in Höhe der Beträge als angemessen (§ 3 Abs. 2 BVO) angesehen werden, die aufgrund des § 89 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zwischen den Trägern der Pflegedienste und den Leistungsträgern vereinbart wurden; dabei ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig. Soweit ein besonderer Pflegebedarf besteht, sind die Aufwendungen bei Personen in Pflegestufe I bis 25 v.H., in Pflegestufe II bis 50 v.H., in Pflegestufe III bis 75 v.H. und in besonders gelagerten Einzelfällen der Stufe III zur Vermeidung von Härten (§ 36 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) bis 100 v.H. der durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegekraft (Absatz 3 Satz 2) als angemessen anzusehen.

8.3.4 Die aufgrund besonderen Pflegebedarfs entstehenden höheren Aufwendungen sind unter Anrechnung folgender monatlicher Selbstbehalte beihilfefähig:

bei einer/m Beihilfeberechtigten	mit Bezügen bis 2.500,00 EUR	mit Bezügen von mehr als 2.500,00 EUR bis 5.000,00 EUR	mit Bezügen von mehr als 5.000,00 EUR
ohne Angehörige	10 v.H.	11 v.H.	12 v.H.
mit 1 Angehörigen	8 v.H.	9 v.H.	10 v.H.
mit 2 oder 3 Angehörigen	6 v.H.	7 v.H.	8 v.H.
mit mehr als 3 Angehörigen	4. v.H.	5 v.H.	6 v.H.

der um 1.000,00 EUR verminderten Bezüge. Angehörige sind der Ehegatte und die nach § 2 Abs. 2 BVO berücksichtigten oder nur deshalb nicht berücksichtigten Kinder, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind. Als Bezüge sind die (Brutto-) Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person zugrunde zu legen; § 6 Abs. 7 Satz 3 Halbsatz 3 BVO und Nummer 8.6.4 gelten entsprechend. Wird zu den Aufwendungen für die Pflege des Ehegatten eine Beihilfe gewährt, sind den Bezügen der beihilfeberechtigten Person die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten hinzuzurechnen.

8.3.5 Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Eigenanteil entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

8.3.6 Als Kosten einer Berufspflegekraft ist die monatliche durchschnittliche Vergütung einer Krankenpflegekraft in der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum BAT (Endstufe der Grundvergütung, Ortszuschlag Tarifklasse II Stufe 2, Allgemeine Zulage, Pflegezulage, anteilige Zuwendung sowie anteiliges Urlaubsgeld zuzüglich der Arbeitgeberanteile) als angemessen zugrunde zu legen (§ 3 Abs. 2 Satz 1 BVO). Das für das Beihilfenrecht zuständige Ministerium gibt den jeweiligen Höchstbetrag durch Rundschreiben bekannt. Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden.

- 8.3.7 Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, die anlässlich einer Kurzzeitpflege berechnet werden, sind beihilfefähig. Bei teilstationärer Pflege sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nicht beihilfefähig.
- 8.4 Zu Absatz 4
- 8.4.1 Andere geeignete Personen sind Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig eine pflegebedürftige Person in ihrer häuslichen Umgebung pflegen.
- 8.4.2 Nummer 8.3.2 gilt entsprechend.
- 8.4.3 Nummer 8.3.5 gilt entsprechend. Zeiten, für die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 2, §§ 8, 9 oder Absatz 7 BVO für die pflegebedürftige Person geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. Dies gilt nicht in den ersten 4 Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) oder einer Sanatoriumsbehandlung (§ 8 BVO). Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats gezahlt, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist.
- 8.4.4 Die zeitweise Abwesenheit der pflegebedürftigen Person wegen des Besuchs eines Kindergartens, einer Schule, einer Werkstatt für Behinderte oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung steht der Zahlung der Pauschale nicht entgegen.
- 8.4.5 Wird eine andere geeignete Person wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen durch eine andere geeignete Person ersetzt, ändert dies an der Höhe der Pauschalbeihilfe nichts. Wird vertretungsweise die Pflege durch eine Berufspflegekraft ausgeübt, sind die Aufwendungen für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung nach Absatz 3 beihilfefähig.
- 8.4.6 Wird eine stationäre Pflege notwendig, weil die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder anderer Gründe gehindert ist, die Pflege durchzuführen, sind die Aufwendungen in derselben Höhe wie bei einer Kurzzeitpflege (Absatz 3 Satz 1) beihilfefähig.
- 8.5 Zu Absatz 5
- Wird eine pflegebedürftige Person durch eine geeignete Pflegekraft und eine Pflegeperson gepflegt, ist hinsichtlich der Aufwendungen für die Pflegekraft die anteilige Berechnung zunächst nach den Höchstbeträgen des Absatzes 3 Satz 2 Halbsatz 1 vorzunehmen. Übersteigende Beträge sind nach Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 2 beihilfefähig. Hierbei ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich. Beispiel: Einem Pflegebedürftigem der Pflegestufe III entstehen aufgrund besonderen

Pflegebedarfs Aufwendungen für eine geeignete Pflegekraft in Höhe von 1.789,52 EUR. Die Pflegeversicherung erbringt eine Kombinationsleistung, bei der die zustehende Pflegesachleistung (entspricht Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 1) in Höhe von 64 v.H. und das zustehende Pflegegeld (entspricht Absatz 4 Satz 1) in Höhe von 36 v.H. gewährt wird.

Die Aufwendungen für die Pflegekraft sind somit bis zu 916,48 EUR (64 v.H. des Höchstbetrages von 1.432 EUR nach Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 1) beihilfefähig. Die Pauschale nach Absatz 4 Satz 1 ist daneben mit 239,40 EUR (36 v.H. von 665 EUR) in Ansatz zu bringen. Die 1.432 EUR übersteigenden Kosten sind nach Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 2 beihilfefähig.

8.6 Zu Absatz 7

8.6.1 Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen seitens der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

8.6.2 Sind bei einer stationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, am Ort der Unterbringung oder in seiner nächsten Umgebung mehrere zugelassene Einrichtungen vorhanden, ist als niedrigster vergleichbarer Kostensatz für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung der Satz der zugelassenen Einrichtung maßgebend, der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht käme.

8.6.3 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie Leistungen, die aufgrund von Rahmenvereinbarungen gemäß § 86 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch berechnet werden – z.B. Poolgelder, Ausbildungsvergütungen - sind nicht beihilfefähig.

8.6.4 Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes genannten Brutto-bezüge; Versorgungsbezüge sind die laufenden Bezüge nach Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften. Unfallausgleich nach § 35 des Beamtenversorgungsgesetzes bleibt unberücksichtigt. Zu den Renten zählen nicht die Beitragsanteile oder Beitragszuschüsse des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung. Krankenkassenbeiträge und Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt, auch wenn die Beiträge von den Versorgungsbezügen oder der Rente einbehalten werden. Zur Rente gehören nicht Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

8.6.5 Nummer 8.3.5 gilt entsprechend. Eine Minderung findet nicht für Zeiten einer Berücksichtigung von Bettengeld statt (Nummer 8.6.9).

- 8.6.6 Sind beide Ehegatten berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass wegen der Höhe des einkommensabhängigen Eigenanteils eine Beihilfe zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung nicht mehr in Betracht kommt. Soweit die beihilfeberechtigte Person nachweist, dass aufgrund des Familieneinkommens der Eigenanteil geringer als die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten ist, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das laufende Einkommen aus einer selbständigen oder nicht selbständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen; Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 5 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) bleiben außer Ansatz. Dabei ist bei einem monatlich schwankenden Einkommen ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen; negative steuerliche Einkünfte des Ehegatten dürfen nicht mit positiven steuerlichen Einkünften der beihilfeberechtigten Person verrechnet werden. Einkommen der Kinder bleiben unberücksichtigt.
- 8.6.7 Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht gesondert nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten für die Berechnung der Beihilfen maßgeblich.
- 8.6.8 Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; § 12 findet keine Anwendung.
- 8.6.9 Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit der pflegebedürftigen Person erhoben werden, sind beihilfefähig. Dies gilt auch für ihre Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person der pflegebedürftigen Person liegenden Grund bis zu 30 Kalendertagen jährlich.
- 8.7 Zu Absatz 8
- 8.7.1 Beihilfefähig sind bis zu 2.557 EUR auch die Aufwendungen, die aufgrund einer Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen entstehen; der Höchstbetrag gilt je Maßnahme.
- 8.7.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind bis zu 31 EUR monatlich beihilfefähig.
- 8.8 Zu Absatz 9
- Die Beschäftigung und Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen ist keine Pflege im Sinne des § 6 BVO. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für behinderte Menschen sind deshalb nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Auf-

Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonder-
schulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).

8.9 Zu Absatz 11

8.9.1 Die von der Pflegekasse oder der Pflegeversicherung festgestellte Pflegestufe ist durch
geeignete Unterlagen (z. B. Leistungsmittelung, Mitteilung nach § 44 Abs. 4 des Elften
Buches Sozialgesetzbuch bei Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegeper-
sonen) nachzuweisen. Bei nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit Versicherten
bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens.

8.9.2 Wird ein Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder einer höheren Pflegestufe
zunächst bei einer Pflegekasse oder einer privaten Pflegeversicherung gestellt, ist für
den Beginn der Beihilfengewährung dieser Antrag maßgebend.

8.9.3 Erhebt die beihilfeberechtigte Person gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der
Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist
der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung darüber bis zur rechtskräfti-
gen Feststellung der Pflegestufe auszusetzen; sodann ist über den Widerspruch zu ent-
scheiden und dieser ggf. als unbegründet zurückzuweisen.

9 **Zu § 7**

9.1 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage des Eingangs des
Beihilfeantrags bei der Festsetzungsstelle geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in
Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.

9.2 Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen, die bei Aufwen-
dungen von mehr als 500,00 EUR beglaubigt sein muss. Die Kosten der Übersetzung
und gegebenenfalls der Beglaubigung sind nicht beihilfefähig.

9.3 Besteht für beihilfeberechtigte Personen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundes-
republik Deutschland kein früherer inländischer Wohnsitz, gilt als solcher der Dienstort.

9.4 Aufwendungen für Behandlungen

- a) im Kleinen Walsertal (Österreich),
- b) in der Höhenklinik Valbella Davos (Schweiz) der Genossenschaft Sanatorium Val-
bella,
- c) in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte
Davos und Agra,

d) in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos (Schweiz), geführt von der Klinik Alexanderhaus Davos GmbH, Davos Platz, gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden; in den Fällen der Buchstaben b, c und d jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Beihilferechtlich gelten die Höhenklinik Valbella Davos und die Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang als Sanatorium, soweit nicht im Einzelfall eine stationäre Krankenhausbehandlung vorliegt und nachgewiesen wird; die Klinik für Dermatologie und Allergie gilt als Krankenhaus.

9.5 Zu Absatz 2 Nr. 3

9.5.1 Ist bei einem Aufenthalt in der Nähe (diesseits) der Grenze der Bundesrepublik Deutschland das Aufsuchen eines Akutkrankenhauses notwendig, so findet die Einschränkung auf die Inlandskosten keine Anwendung, wenn das nächstgelegene, für die Krankheit geeignete Krankenhaus aufgesucht wird. Dies gilt auch für die Verlegung von einem inländischen Allgemeinkrankenhaus in Grenznähe in die nächstgelegene Spezialklinik, wenn der Chefarzt des inländischen Krankenhauses die Notwendigkeit der Verlegung aus akutem Anlass bestätigt.

9.5.2 Zum grenznahen Gebiet gehören die Städte und Gemeinden, die auf einer üblicherweise befahrenen Strecke weniger als 30 Kilometer von der Grenze entfernt sind.

9.6 Zu Absatz 3 Nr. 2

Wird ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder ein Versorgungsempfänger wegen Neurodermitis oder Psoriasis am Toten Meer (Ein Boqeg, Salt Land Village, Sdom) behandelt, sind aus diesem Anlass entstehende Aufwendungen im gleichen Umfang wie Aufwendungen für eine Heilkur beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Behandlung vorher anerkannt hat.

10 **Zu § 8**

10.1 Zu Absatz 1

10.1.1 Die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit hat nur Bedeutung für die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, für Kurtaxe und für den ärztlichen Schlussbericht. Für die übrigen durch die Unterbringung in einem Sanatorium entstandenen Kosten gelten die allgemeinen Bestimmungen, insbesondere auch die für Heilbehandlungen (§ 4 Abs. 1 Nr. 8 Satz 2 BVO) festgesetzten Höchstbeträge.

- 10.1.2 Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Sanatoriumsbehandlung nicht anerkannt worden, so sind nur die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 6 sowie 8 Satz 1 und 2 BVO beihilfefähig.
- 10.1.3 Im Regelfalle sind die Kosten einer Sanatoriumsbehandlung nur bis zur Dauer von höchstens 30 Tagen als beihilfefähig anzuerkennen. Ausnahmen sind zulässig, wenn der Amts- oder Vertrauensarzt eine längere Behandlung für dringend notwendig erklärt.
- 10.1.4 Ergibt sich erst im Verlauf der Sanatoriumsbehandlung die dringende Notwendigkeit einer Fortsetzung der Sanatoriumsbehandlung über den als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus, so kann die weitere Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten der Sanatoriumsbehandlung auch aufgrund des fachärztlichen Gutachtens des im Sanatorium behandelnden Arztes erfolgen.
- 10.1.5 Die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts sind beihilfefähig. Der Schlussbericht soll bestätigen, dass eine Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.
- 10.1.6 Wird für zwei oder mehrere Mitglieder einer Familie die Anerkennung der Behandlung in demselben Sanatorium zu derselben Zeit als beihilfefähig beantragt, so ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob die Behandlung in demselben Sanatorium tatsächlich medizinisch erforderlich ist. Der begutachtende Amts- oder Vertrauensarzt ist hierzu zu einer Stellungnahme zu veranlassen.
- 10.1.7 Die beihilfeberechtigte Person erhält einen schriftlichen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer stationären Sanatoriumsbehandlung.
- 10.1.8 Erfolgt im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung wegen einer Geschwulstkrankheit auf Anordnung des behandelnden Krankenhausarztes die Einweisung in eine ärztlich geleitete Heilstätte zur Durchführung einer Sicherungskur, so sind die Aufwendungen hierfür im Rahmen des § 8 BVO beihilfefähig. Auf ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten kann verzichtet werden.
- 10.1.9 Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung) sind ohne vorherige Anerkennung nach Maßgabe des § 8 BVO beihilfefähig, wenn der die vorangegangene Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) leitende Arzt in einem Gutachten die Notwendigkeit der Maßnahme begründet. Dies gilt auch für den Fall einer ambulanten Operation, wenn der den vorangegangenen Eingriff leitende Arzt in einem Gutachten die Notwendigkeit der Maßnahme begründet.
- 10.2 Zu Absatz 2

10.2.1 Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung zählen auch die rechnermäßig nachgewiesenen Bedienungsgelder und Heizungszuschläge; Trinkgelder bleiben unberücksichtigt.

10.2.2 Die behördliche Feststellung der Notwendigkeit einer Begleitperson bei schwer behinderten Personen ergibt sich aus dem amtlichen Ausweis (Merkzeichen „B“). Bei Kindern genügt stattdessen die Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes, dass wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung zur stationären Nachsorge eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist.

10.3 Nummer 5.7.2 gilt entsprechend.

10.4 Zu Absatz 5

Hat die Festsetzungsstelle Zweifel, ob die Voraussetzungen des Absatzes 5 vorliegen, so kann sie den Amts- oder Vertrauensarzt hierzu um gutachtliche Stellungnahme bitten.

11 **Zu § 9**

11.1 Zu Absatz 1

Die beihilfeberechtigte Person erhält einen schriftlichen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Heilkur.

11.2 Zu Absatz 3

11.2.1 Sind die Kosten für eine Heilkur gemäß Absatz 3 vor Beginn der Kur als beihilfefähig anerkannt worden, sind die in Absatz 2 bezeichneten Kosten auch dann in dem anerkannten Umfang als beihilfefähig anzusehen, wenn die beihilfeberechtigte Person sich der Heilkur in einer Kurkrankenanstalt (Sanatorium) unterzogen hat.

11.2.2 Nummer 10.2.1, 10.2.2 und 10.3 gelten entsprechend.

12 **Zu § 10**

12.1 Zu Absatz 1

12.1.1 Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung

zugrunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

12.1.2 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung oder nach einer von den Bundesländern erlassenen Rechtsverordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der jeweiligen Gebührenverordnung etwas anderes bestimmt ist.

12.2 Zu Absatz 2

12.2.1 Für die Gewährung der Pauschalbeihilfe ist abweichend von § 13 Abs. 4 ein Nachweis durch Belege nicht erforderlich.

12.2.2 Bei Mehrlingsgeburten tritt an Stelle des Betrages von 150,00 EUR das entsprechend Vielfache.

13 **Zu § 10 a**

13.1 Zu Absatz 1 Nr. 1

Neben den Aufwendungen für die Verordnung empfängnisregelnder Mittel sind auch die Aufwendungen für die Mittel selbst beihilfefähig.

13.2 Zu Absatz 1 Nr. 1 und 2

Schwangerschaftsabbrüche sind nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur bei den folgenden drei Indikationen nicht rechtswidrig:

1. medizinische Indikation,
2. embryopathische Indikation und
3. kriminologische Indikation.

Aufwendungen für sonstige Schwangerschaftsabbrüche sind nicht beihilfefähig; dies gilt für alle im konkreten Zusammenhang mit dem Abbruch entstehenden Aufwendungen.

14 **Zu § 11**

14.1 Zu Absatz 1

14.1.1 Die Kosten für die Anlegung der Grabstelle umfassen auch die Kosten für den ersten gärtnerischen Schmuck des Grabes.

14.1.2 Andere mit dem Todesfall im Zusammenhang stehende, aber nicht genannte Aufwendungen, z.B. Kosten für Todesanzeigen, Danksagungen, Trauerkleidung, Grabdenkmäler und Personenbeförderung, sind nicht beihilfefähig.

14.2 Zu Absatz 3

Zum Vergleich der Kosten, die im Inland entstanden wären, sind die Kosten - mit Ausnahme der Überführungskosten - zugrunde zu legen, die den Verhältnissen am ständigen Wohnsitz der verstorbenen Person entsprechen.

15 **Zu § 12**

15.1 Zu Absatz 1

Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 3 Abs. 4 Nr. 1 BVO). Dabei ist in den Fällen des Satzes 3 der erhöhte Bemessungssatz für alle Aufwendungen zugrunde zu legen, die während des Zeitraums der Zahlung des erhöhten Familienzuschlages entstanden sind bzw. entstanden wären, wenn ein Anspruch auf Familienzuschlag bestünde (§ 2 Abs. 2 BVO).

15.2 Zu Absatz 4

15.2.1 Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, d.h. zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen weitgehend deckt. Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt.

15.2.2 Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

15.2.3 Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlags hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluss liegt u.a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen mit ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistung vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz

ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

- 15.2.4 Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.
- 15.2.5 Absatz 4 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach § 6 BVO.
- 15.3 Zu Absatz 5
- 15.3.1 Der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche, wie sie Pflichtversicherten gewährt werden, sind Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die freiwillig Versicherten in Höhe des Wertes einer an sich zustehenden Sachleistung, gegebenenfalls nach Abzug eines Mengenrabatts, Unwirtschaftlichkeitsabschlags oder dergleichen gezahlt werden.
- 15.3.2 Lehnt eine Krankenkasse für bestimmte Aufwendungen eine Erstattung ab, weil der Versicherungsschutz hierfür durch die Satzung ausgeschlossen ist, findet Absatz 5 Satz 1 keine Anwendung.
- 15.3.3 Absatz 5 Satz 1 ist anzuwenden, wenn eine beihilfeberechtigte Person, die freiwillig Mitglied einer Ersatzkasse ist, Wahlleistungen in Anspruch nimmt, die Ersatzkasse jedoch nur die Kosten, die bei Inanspruchnahme der Regelleistungen entstanden wären, erstattet. § 5 a Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b BVO bleibt unberührt.
- 15.3.4 Gewährt die Krankenkasse oder Ersatzkasse bei Durchführung einer Heilkur oder bei Unterbringung in einem Sanatorium zu den von der beihilfeberechtigten Person zu tragenden Aufwendungen einen Zuschuss, so ist Absatz 5 Satz 1 hinsichtlich der gesamten beihilfefähigen Aufwendungen (§§ 8 und 9 Abs. 5 BVO) anzuwenden, die gemäß § 3 a Abs. 1 BVO um den Zuschuss zu kürzen sind.
- 15.3.5 Übernimmt dagegen die Krankenkasse oder Ersatzkasse die Kosten für die Heilkur oder Sanatoriumsbehandlung und hat die beihilfeberechtigte Person lediglich einen Zuschuss zu leisten, so findet Absatz 5 Satz 1 keine Anwendung.
- 15.4 Zu Absatz 6

- 15.4.1 Die Anwendung dieser Bestimmungen setzt voraus, dass der beihilfeberechtigten Person oder den berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen (§ 2 BVO) auf Grund eigener Mitgliedschaft aus eigenem Anspruch zu den Versicherungsprämien bzw. -beiträgen tatsächlich ein Beitragszuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlt wird. Die Kürzung des Bemessungssatzes für berücksichtigungsfähige Familienangehörige (§ 2 BVO) ist dann vorzunehmen, wenn der Zuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die beihilfeberechtigte Person auch die Versicherungsprämien bzw. -beiträge für die Familienangehörigen einschließt. Dies gilt auch dann, wenn der Betrag des Zuschusses nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Höhe nach im finanziellen Ergebnis im Hinblick auf die Höhe der Versicherungsprämie sich nicht mehr oder nicht in vollem Umfang als Zuschuss auswirkt (z.B. Versicherungsprämie für Antragsteller sowie dessen berücksichtigungsfähigen Ehegatten und für berücksichtigungsfähige Kinder = 194 EUR, höchster Beitragszuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch z.B. 68 EUR).
- 15.4.2 Erhält der nach § 2 BVO berücksichtigungsfähige Ehegatte der beihilfeberechtigten Person zu seinen Versicherungsprämien einen Zuschuss nach Maßgabe des § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, so findet Absatz 6 auf die beihilfefähigen Aufwendungen für den Ehegatten Anwendung. Erhält der Ehegatte der beihilfeberechtigten Person einen Zuschuss nach Maßgabe des § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch zu den Versicherungsprämien für Kinder, die bei der beihilfeberechtigten Person nach § 2 BVO berücksichtigungsfähig sind, so findet Absatz 6 auf die beihilfefähigen Aufwendungen für diese Kinder keine Anwendung; dies gilt entsprechend, wenn der Ehegatte zu den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung einen Zuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhält.
- 15.5 Zu Absatz 8
- 15.5.1 Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 v. H. der Aufwendungen ermöglicht.
- 15.5.2 Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. Die Beitragsbelastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung des monatlichen Beitrags zum Zeitpunkt des Antrags auf Erhöhung des Bemessungssatzes und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. Die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu einer Versicherungsleistung von max. 12,00 EUR täglich, sind bei der Ermittlung der Beitragsbelastung zu berücksichtigen. Zu dem zu berücksichtigenden Krankenversicherungsbeitrag gehört nicht der nach § 5 a Abs. 2 zur Aufrechterhaltung der Beihilfefähigkeit von Wahlleistungen zu zahlende Beitrag. Der erhöhte Bemessungssatz gilt für den Versorgungs-

empfänger und den berücksichtigungsfähigen Ehegatten und wird auf Dauer gewährt.

15.5.3 Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 12 b jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.

15.5.4 Bei Versicherung in der privaten Krankenversicherung muss der Versicherungsschutz die Bedingungen des § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

16 **Zu § 12 b**

16.1 Zu Absatz 2

16.1.1 Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. gegenüberzustellen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in § 3 Abs.1 Nr. 4 und in den §§ 4 bis 11 BVO näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z.B. Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen für nicht verordnete Arzneimittel sowie die nach § 4 Abs. 2 BVO von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Aufwendungen.

16.1.2 Zu den Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften zählen insbesondere Leistungen, die nach dem Bundesversorgungsgesetz, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung (z.B. bei Sanatoriumsbehandlungen und Heilkuren) oder den Dienstunfallvorschriften gewährt werden.

16.1.3 Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag - etwa für die einzelnen Positionen - die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach den §§ 6, 9 und 11 BVO, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit. Für die Aufwendungen nach den §§ 6, 9 und 11 BVO sind die Berechnungen jeweils getrennt durchzuführen.

16.1.4 Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen aufgrund des Versicherungsvertrages nach einem Vomhundertsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächs-

ten Antragstellung nachzuweisen. Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.

16.1.5 Übersteigt der Betrag der nach § 12 BVO errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, so ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

17 **Zu § 12 c**

17.1 Zu Absatz 1

17.1.1 In den Fällen des § 3 Abs. 3 Satz 2 BVO ist die hierauf entfallende Beihilfe nicht um die Kostendämpfungspauschale zu kürzen.

17.1.2 Die Beihilfe ist auch dann in voller Höhe um die Kostendämpfungspauschale zu mindern, wenn das Beschäftigungsverhältnis im Laufe des Jahres begründet wird oder endet.

17.2 Zu Absatz 3

17.2.1 Maßgebend für die Höhe der Kostendämpfungspauschale ist nach Absatz 3 der Ruhegehaltssatz (§ 14 Abs. 1 BeamtVG). Abschläge nach § 14 Abs. 3 BeamtVG vermindern das Ruhegehalt, nicht aber den Ruhegehaltssatz. Sie haben daher keinen Einfluss auf die Höhe der Kostendämpfungspauschale.

17.2.2 Erhält die beihilfeberechtigte Person Mindestversorgung nach § 14 Abs. 4 Satz 1 oder 2 BeamtVG, sind für die Höhe der Kostendämpfungspauschale die Besoldungsgruppe und der Ruhegehaltssatz maßgebend, nach denen die Mindestversorgung berechnet wird.

17.3 Zu Absatz 4

Die Minderung der Kostendämpfungspauschale erfolgt bei allen beihilfeberechtigten Personen, bei denen das Kind im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig ist.

17.4 Zu Absatz 5

17.4.1 Für die Höhe der Kostendämpfungspauschale sind die Verhältnisse bei der ersten Antragstellung im Kalenderjahr maßgebend. Enthält ein Beihilfeantrag auch Aufwendungen aus den Vorjahren, in denen keine Beihilfe beantragt wurde, sind auch insoweit die Verhältnisse bei der Antragstellung maßgebend.

- 17.4.2 Tritt nach der ersten Antragstellung im Kalenderjahr ein Wechsel in den Verhältnissen ein, z.B. vom aktiven Dienst zum Ruhestand, Beförderung, Berücksichtigung von Kindern, Vollzeit zur Teilzeit und umgekehrt, hat dies keinen Einfluss auf die Höhe der Kostendämpfungspauschale des laufenden Jahres.
- 17.5 Zu Absatz 6
- 17.5.1 Die Kostendämpfungspauschale entfällt nach Absatz 6 Satz 1 Nr. 5 nur in den Fällen, in denen die beihilfeberechtigte Person selbst Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist.
- 17.5.2 Die Kostendämpfungspauschale entfällt auch für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach § 19 e UrlVO – Elternzeit – oder auf Leistungen der Krankheitsfürsorge nach § 87 a Abs. 6 LBG, wenn der nach Absatz 5 maßgebende Antrag während der Elternzeit bzw. der Beurlaubung gestellt wird (vgl. Nummer 17.4.2).
- 17.5.3 Wird während der Elternzeit eine Teilzeitbeschäftigung ausgeübt, gilt Absatz 2.
- 18 **Zu § 13**
- 18.1 Zu Absatz 1
- 18.1.1 Der Antrag auf Gewährung einer Beihilfe ist unter Verwendung eines Formblattes zu stellen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 90 BSHG.
- 18.1.2 Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, so kann er aufgrund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 90 BSHG einen Beihilfeanspruch geltend machen. Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er der beihilfeberechtigten Person zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. Eine Überleitung nach § 90 BSHG ist rechtlich nur dann zulässig, wenn Aufwendungen für die beihilfeberechtigte Person selbst, oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für ihre Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig. Bei unmittelbaren Landesbeamten ist gegen eine derartige Überleitungsanzeige durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.
- 18.1.3 Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt er die beihilfeberechtigte Person nach § 29 BSHG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, so kann nur die beihilfeberechtigte Person den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (§ 1 Abs. 2 BVO).

- 18.1.4 Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, so liegt ein Beleg im Sinne von Absatz 4 vor, wenn die Rechnung
- den Erbringer der Leistungen (z. B. das Heim, Anstalt),
 - den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
 - die Art (z. B. Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
 - die Leistungshöhe
- enthält. Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden.
- Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.
- 18.2 Zu Absatz 2
- 18.2.1 Der beihilfeberechtigten Person bleibt es überlassen, ob sie ihren Beihilfeantrag durch Inanspruchnahme der Post oder über ihre Beschäftigungsdienststelle der Festsetzungsstelle zuleiten will oder ob sie einen anderen Weg der Übermittlung wählt; der zur Fristwahrung (§ 3 Abs. 5 BVO) erforderliche rechtzeitige Eingang des Beihilfeantrags bei der zuständigen Festsetzungsstelle (siehe Nummer 3.5.1) bleibt hiervon unberührt. Etwaige Portokosten sind nicht beihilfefähig.
- 18.2.2 Die bei der Beschäftigungsdienststelle in einem Umschlag eingereichten und als solche kenntlich gemachten Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.
- 18.2.3 Die Aufwendungen sind nach Möglichkeit durch Originalbelege nachzuweisen.
- 18.2.4 Werden Duplikate, Kopien oder Abschriften vorgelegt, ist im Allgemeinen wie folgt zu verfahren:
- 18.2.4.1 Werden Abschriften von Belegen vorgelegt, so müssen die Abschriften einen Beglaubigungsvermerk enthalten. Die Kosten der Beglaubigung sind nicht beihilfefähig.
- 18.2.4.2 Werden Rechnungsdurchschriften oder von Apotheken erstellte Kopien vorgelegt, kann auf einen Beglaubigungsvermerk verzichtet werden.
- 18.2.4.3 Bei der Vorlage von Ablichtungen kann allgemein auf einen Beglaubigungsvermerk verzichtet werden, wenn die Ablichtung technisch so einwandfrei ist, dass nachträglich keine handschriftlichen Verbesserungen oder Ergänzungen erforderlich sind. Sind jedoch Verbesserungen oder Ergänzungen der Ablichtung erforderlich, weil die Ablichtung den Text des Originalbeleges nicht einwandfrei wiedergibt, so ist ein Beglaubigungsvermerk, der

diese Verbesserungen oder Ergänzungen einschließt, erforderlich.

18.3 Zu Absatz 5

18.3.1 Die Verwendung der Belege für Beihilfezwecke soll in der Weise kenntlich gemacht werden, dass auch bei mehreren Beihilfeberechtigungen andere Verwaltungen die Verwendung erkennen können. Auf die Entwertung von Duplikaten, Abschriften und Kopien kann verzichtet werden, wenn durch den Einsatz von Datentechnik die Doppeleinreichung von Belegen überwacht wird. Vorgelegte Originalbelege (§ 13 Abs. 4) sind immer zu entwerten.

18.3.2 Die entwerteten Belege sind der beihilfeberechtigten Person mit dem Hinweis zurückzugeben, dass sie diese für die Dauer der nächsten fünf auf das Jahr der Bewilligung der Beihilfen folgenden Kalenderjahre aufzubewahren und für eine Einforderung bereitzuhalten hat.

18.4 Zu Absatz 6

18.4.1 Soweit ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung, ein Sanatorium oder ein Dialyse-Institut auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können auf Antrag des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen – auch unmittelbar an die Einrichtung – gezahlt werden. Für die Beantragung können die Formblätter Anlage 4 und 5 verwendet werden.

18.4.2 Antrag im Sinne des Satzes 2 ist sowohl ein Antrag auf Abschlagszahlung als auch jeder Beihilfeantrag, mit dem die Gewährung einer Beihilfe nach § 6 Abs. 4 und 7 beantragt wird.

19 **In-Kraft-Treten**

19.1 Diese Verwaltungsvorschrift tritt am Tage nach der Veröffentlichung in Kraft.

19.2 Gleichzeitig tritt die Verwaltungsvorschrift „Durchführung der Beihilfenverordnung“ vom 31. Januar 2004 (MinBl. S. 104) außer Kraft.

Anlage 1
(zu Nummer 3.3.11.1)

Antrag
auf Gewährung einer finanziellen Hilfe bei Schadenersatzanspruch gegen Dritte
wegen Krankheitskosten

Personalnummer:								
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname, Geb.-Datum der/des Antragstellerin/Antragstellers

Bei Hinterbliebenen: Name, Vorname, Geb.-Datum der verstorbenen beihilfeberechtigten Person

(letzte) Amts-Dienstbezeichnung

(letzte) Dienststelle

1. Ich bitte, mir zu den aus Anlass des unter Nr. 2 geschilderten Unfalls entstandenen Krankheitsaufwendungen eine finanzielle Hilfe bis zur Höhe einer mir nach der Beihilfenverordnung zustehenden Beihilfe zu gewähren. Die Zusammenstellung der Aufwendungen sowie weitere Angaben zur Person u.a. bitte ich dem beiliegenden Beihilfeantrag zu entnehmen.
2. Angaben über Unfallhergang sowie über evtl. Schadenersatzpflichtige: (Unfallanzeige ist beizufügen.)
3. Durch nachfolgende eigenhändige Unterschrift verpflichte ich mich, die mir zustehenden unfallbedingten Schadenersatzansprüche geltend zu machen und die Durchsetzung der Forderung ernsthaft - notfalls im Prozesswege - zu betreiben.

Ich versichere nach bestem Wissen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers

Anlage 2
(zu Nummer 3.3.11.1)

Personalnummer:								
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Erklärung
über das Bezugsrecht von Zahlungen aus Schadenersatzansprüchen

Ich bestimme hiermit, dass die mir aus dem Unfall vom _____ zustehenden
Schadenersatzleistungen für die entstandenen Krankheitskosten an die

Kasse

für

Dienststelle

bis zur Höhe der mir von der o.a. Dienststelle im Rahmen der Beihilfenverordnung gewährten finan-
ziellen Hilfe gezahlt werden.

_____ . den _____

Unterschrift der /des Antragstellerin/Antragstellers

Anlage 3
(zu Nummer 3.3.11.1)

Personalnummer:								
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Abtretungserklärung

Hiermit trete ich Ansprüche auf Ersatz der Krankheitskosten, die mir aus dem Unfall vom

gegen Herrn/Frau _____ zustehen, an

meine(n) Ehemann/Ehefrau, Vater/Mutter, Herrn/Frau

_____ ab.

Die Abtretung erfolgt zum Ausgleich der unfallbedingten beihilfefähigen Aufwendungen, die von meinem/meiner

_____ getragen worden sind oder noch getragen werden.

_____, den _____

Unterschrift

Ich bin mit der vorstehenden Forderungsabtretung einverstanden.

Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers

_____ **An Festsetzungsstelle**

Antrag auf Abschlagszahlung
für eine zu erwartende Beihilfe bei Dialysebehandlung

Personalnummer:																				Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------

1 Antragstellerin/Antragsteller (beihilfeberechtigte Person)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		
.....		

2 Erkrankte Person

Antragstellerin/Antragsteller	Ehegattin/Ehegatte (Vorname)	Kind (Vorname)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Kosten

Name und Anschrift der Dialyse-Institution	
.....	
Behandlungsdauer	Voraussichtliche Kosten (EUR)

4 Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung und Überweisung an die Dialyse-Institution		
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaberin/Kontoinhaber
Bankleitzahl	Konto-Nr.	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin/Bevollmächtigten des Antragstellers/Bevollmächtigten