

Thema des Dokuments:

Beihilfe

*Quellenangabe: Taschenbuch
„Wissenswertes für Beamtinnen und
Beamte“, Januar 2006*

INFORMATIONEN

für Beamtinnen und Beamte

www.beamten-informationen.de

Beihilfe

Anwendungsbereich

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge des Dienstherrn gegenüber dem Beamten/der Beamtin und seiner bzw. ihrer Familie. Beihilfen werden in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen gewährt. Die Beihilfe ersetzt nicht die von dem Beamten/der Beamtin für sich und die Familie aus den laufenden Bezügen zu bestreitende Eigenvorsorge, sondern ergänzt diese. Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch.

Geregelt ist die Gewährung von Beihilfeleistungen in den Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder. Eine bundeseinheitliche Regelung gibt es nicht. Die Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen haben die Beihilfevorschriften des Bundes uneingeschränkt übernommen. In den anderen Ländern weichen die Vorschriften teilweise in geringem Umfang, teils erheblich ab. Im ersten Teil der nachfolgenden Ausführungen wird der wesentliche Inhalt der Beihilfevorschriften des Bundes dargestellt. Auf den Seiten 218 bis 260 werden die geltenden aktuellen Bestimmungen der Länder insoweit erläutert, als sie in wichtigen Teilen von den Beihilfevorschriften des Bundes abweichen. Wegen der Komplexität und der Fülle der Regelungen können hier jedoch nicht alle Einzelheiten dargestellt werden.

Beihilfevorschriften des Bundes

Beihilfeberechtigte Personen

Beihilfeberechtigt sind:

- Beamte und Richter, es sei denn, das Dienstverhältnis ist auf weniger als ein Jahr befristet, und sie sind nicht mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt,
- Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand, sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
- Witwen, Witwer sowie Kinder (Waisen und Halbwaisen) eines verstorbenen Beamten auf Lebenszeit, verstorbenen Ruhestandsbeamten oder verstorbenen Beamten auf Probe, der an den Folgen einer Dienstbeschädigung gestorben ist.

Die Beihilfeberechtigung besteht, wenn die genannten Personen Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgelddarstellungen aufgrund gesetzlichen Anspruchs, Witwen-/Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten oder wenn wegen anzuwendender Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften Bezüge nicht bezahlt werden. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter sind nicht beihilfeberechtigt.

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Unter berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind der Ehegatte des Beihilfeberechtigten, der

nicht selbst beihilfeberechtigt ist, sowie die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten zu verstehen. Die Mutter eines nicht-ehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt ebenfalls als berücksichtigungsfähige Angehörige.

Die Aufwendungen des Ehegatten sind nicht beihilfefähig, wenn dessen Einkünfte im Vorvorkalenderjahr vor Einreichung des Beihilfeantrags einen Gesamtbetrag von 18.000 Euro übersteigen.

Ist der/die berücksichtigungsfähige Angehörige nach beamtenrechtlichen oder anderen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt, so geht diese eigene Beihilfeberechtigung einer Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige/r vor.

Beihilfe für Aufwendungen eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen wird bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einem von ihnen gewährt.

Bemessungssätze

Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. Der Bemessungssatz beträgt für beihilfefähige Aufwendungen

- des Beihilfeberechtigten 50 Prozent
- des Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr Kindern 70 Prozent
- des beihilfeberechtigten Versorgungsempfängers 70 Prozent
- des berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 Prozent
- eines berücksichtigungsfähigen Kindes 80 Prozent
- einer Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist. 80 Prozent

Wenn beide Ehegatten jeweils selbst beihilfeberechtigt sind und zwei oder mehr berücksichtigungsfähige Kinder haben, erhält nur ein Ehegatte 70 Prozent. Wer das ist, bestimmen die Ehegatten.

Beihilfeantrag

Beihilfen werden nur auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt. Die Beihilfestelle hält hierfür entsprechende Formblätter bereit. Der Beihilfeantrag ist mit einer Zusammenstellung der Aufwendungen an die zuständige Festsetzungsstelle zu richten. Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Jeder Beleg muss die spezifizierten Leistungen unter Angabe der einzelnen Ziffern der Gebührenordnung enthalten. Arzneimittelrezepte müssen mit einer Pharmazentralnummer versehen sein, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden. Auf der Arzt- bzw. Krankenhausrechnung muss die Diagnose angegeben sein. Bestimmte Behandlungsmethoden sind vor Behandlungsbeginn zu beantragen (u. a. Sanatoriumsaufenthalt, Kuren).

Aufwendungen, die nicht innerhalb eines Jahres nach dem Zeitpunkt ihrer Entstehung (Inanspruchnahme des Arztes, Tag der Krankenhausbehandlung, des Einkaufs von Arzneien oder Hilfsmitteln, der Heilbehandlung) oder spätestens ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung geltend gemacht werden, verfallen. Gewährt wird Beihilfe erst dann, wenn die geltend gemachten Aufwendungen den Betrag von 200 Euro übersteigen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann Beihilfe dennoch gewährt werden, vorausgesetzt die

Aufwendungen übersteigen einen Betrag von 15 Euro.

Keinen Anspruch auf Beihilfe haben Beihilfeberechtigte, wenn die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit versäumt wurde – es sei denn, dass das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit vorlagen (ausgenommen Heilkuren).

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Beihilfe wird gewährt, wenn die Aufwendungen beihilfefähig sind und im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht bzw. bei Angehörigen diese/r berücksichtigungsfähig ist. Beihilfefähig sind Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind sowie die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle, die hierzu auch ein Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes/-zahnarztes einholen kann. Als Maßstab gilt für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen ausschließlich der Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dabei wird nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen, sofern keine begründeten besonderen Umstände eine Ausnahme rechtfertigen.

Bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker sind auch Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers angemessen, jedoch höchstens bis zum oben genannten Schwellenwert bei vergleichbaren Leistungen.

Stehen dem Beihilfeberechtigten oder seinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen Ansprüche auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder anderweitige Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Regelungen zu, werden in der Regel diese Ansprüche vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen. Dies gilt unabhängig davon, ob die anderweitig zustehenden Leistungen auch tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Grundsätzlich sind nicht beihilfefähig u. a.:

- Sach- und Dienstleistungen
- gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel
- Aufwendungen bei Krankheit, Sanatoriumsbehandlung, Heilkur, dauernder Pflegebedürftigkeit, Aufenthalt in Hospizen sowie bei Vorsorgemaßnahmen des Ehegatten, wenn der Gesamtbetrag dessen Einkünfte im Vorvorkalenderjahr vor Stellung des Beihilfeantrages 18.000 Euro übersteigt; in Ausnahmefällen kann die Gewährung von Beihilfe zugelassen werden
- Aufwendungen, für die Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können, es sei denn, der Schadenersatzanspruch ist aufgrund gesetzlicher Regelungen auf den Dienstherrn übergegangen
- Aufwendungen für Beamte, denen Heilfürsorge zusteht
- Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit des Ehegatten, der Eltern und der Kinder der behandelten Person bei der Heilbehandlung mit Ausnahme des Ersatzes der diesen Angehörigen nachweisbar entstandenen Sachkosten.

Verjährung von Beihilfeansprüchen

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt hat. Ansprüche, die nach Ablauf der Jahresfrist geltend gemacht werden, sind erloschen.

Daneben gibt es weitere Voraussetzungen, die bei der Verjährungsfrist zu beachten sind:

- bei Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte: der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde (also am Ende jedes Monats der häuslichen Pflege),
- bei Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei Heilkuren: der Tag der Beendigung der Heilkur,
- hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

Bei der Jahresfrist wird der Tag des Rechnungsdatums nicht mitgerechnet. Aufwendungen, für die zum Beispiel am 11. Dezember 2002 eine Rechnung ausgestellt worden ist, können berücksichtigt werden, wenn der Antrag am 11. Dezember 2003 bei der Beihilfestelle vorliegt. Es gilt der Eingangstag bei der Beihilfearbeitungsstelle. Bei Versäumnis dieser Frist ist aber die „Wiedereinsetzung in den vorigen Stand“ möglich, wenn jemand ohne Verschulden verhindert war. Ein Antrag auf „Wiedereinsetzung“ ist innerhalb von zwei Wochen nach Wegfall des Hindernisses zu stellen.

Eine Beihilfe wird zudem nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten tatsächlichen Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Übersteigen die tatsächlichen Aufwendungen aus zehn Monaten nicht die 200-Euro-Grenze, kann eine Beihilfe auch dann gewährt werden, wenn die beihilfefähigen Aufwendungen aus zehn Monaten den Betrag von 15 Euro übersteigen. Wird innerhalb von zehn Monaten auch dieser Betrag nicht erreicht, muss der Beihilfeberechtigte die Kosten selbst tragen.

Eigenbehalte und Belastungsgrenzen

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich in folgendem Umfang:

- Um 10 vom Hundert der Kosten, mindestens um 5 Euro, höchstens um 10 Euro, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
 - a) Arznei- und Verbandmitteln,
 - b) Hilfsmitteln (bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation),
 - c) Fahrkosten.
- Um 10 Euro je Kalendertag bei
 - a) vollstationären Krankenhausleistungen und im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr,

- b) Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung,
- c) Aufwendungen für Pauschalpreise bei Heilkuren.

■ Um 10 vom Hundert der Kosten und 10 Euro je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege.

■ Um einen Betrag von 10 Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen.

Dies gilt nicht bei Aufwendungen für

- a) Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen bei Fahrkosten,
- b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Geburt,
- c) ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- d) Leistungen im Rahmen von Heilbehandlungen und bei bestimmten Hilfsmitteln, soweit vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind.

Auf Antrag werden diese Abzugsbeträge nicht mehr berücksichtigt, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres die Belastungsgrenze für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen überschreiten. Die Belastungsgrenze beträgt

■ zwei vom Hundert des jährlichen Einkommens (Bruttoehgatteneinkommen) des vorangegangenen Kalenderjahres,

■ für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, eins vom Hundert des jährlichen Einkommens (Bruttoehgatteneinkommen) des vorangegangenen Kalenderjahres.

Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Das Einkommen vermindert sich

■ bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 vom Hundert und

■ für jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um den Kinderfreibetrag (Einkommensteuergesetz).

Aufwendungen bei Krankheit

Beihilfefähig sind Aufwendungen für:

■ Ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sowie Leistungen eines Heilpraktikers.

■ Die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker dabei verbrauchten oder schriftlich verordneten Arznei- und Verbandmittel.

Dies gilt nicht für:

■ Verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind.

Hinweise zum Gebührenrecht

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 Bemessung der Gebühren

Nach § 5 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen, bei den sog. medizinisch-technischen Leistungen – § 5 Abs. 3 GOÄ – nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen sowie bei Laborleistungen – § 5 Abs. 4 GOÄ – nach dem Einfachen bis 1,3fachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 oder Abs. 4 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn der Rechnungsaussteller dargelegt hat, dass Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen. Aus der Begründung der Rechnung muss ersichtlich sein, dass die Leistung aufgrund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Dazu reicht im allgemeinen eine stichwortartige Kurzbegründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind. Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

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

Eine einfache Wiederholung der Bemessungskriterien reicht folglich nicht aus.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 17.02.1994 – 2 C 10.92 – (NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung des Schwellenwertes „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30.05.1996 – 2 C 10.95 – (NJW 1996, S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfefestsetzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen. Aufwendungen über den Schwellenwert hinaus sind nicht schon wegen der Besonderheiten der angewandten Verfahren beihilfefähig, sondern vor allem wegen Besonderheiten, die gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle aufgetreten sind (personenbezogene Bemessungskriterien) z. B. besondere Erschwernis bei einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingter starker Blutungsneigung der Patientin. Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, z. B. seine besondere Qualifikation (Chefarzt, Professor usw.) oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus. Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im

Zusammenhang stehen (leistungsbezogene Begründungen). Verwachungen im Operationsbereich können z. B. Anlass für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie Visiten, Infusionen, Injektionen usw. dar. Als leistungsbezogene Begründung kann u. U. auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), z. B. bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Vertrages über die Wahlleistungen benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, ist ein Überschreiten der Schwellenwerte nicht zulässig (§ 5 Abs. 5 GOÄ).

2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

2.1 Praxiskosten

Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist, oder wenn die Aufwendungen einen erheblichen Anteil am Honorar des Zahnarztes für diese Leistung ausmachen würde. Zu den Praxiskosten gehören nicht Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ). Diese sind neben den Gebühren gesondert berechnungsfähig. Implantatbohrsätze gehören ebenfalls nicht zu den Praxisgebühren und können gesondert berechnet werden (BGH-Urteil vom 27.05.2004 – III ZR 264/03). Nicht berechnungsfähig sind dagegen die Kosten, die dem Zahnarzt für die Bevorratung von Implantaten entstehen. Sie sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.

Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. Eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ auch auf andere zahnärztliche Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 GOZ ausgeschlossen (vgl. Beschluss des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom 19.04.1999 – 4 S 3178/98).

2.2 Bemessung der Gebühren

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend. Gemäß § 87a SGB V in der Fassung des GKV-Reformgesetzes 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626) sind Mehrkosten für lichthärtende Kompositfüllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes berechnungsfähig. Entsprechendes gilt für die Angemessenheit diesbezüglicher Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 BhV.

2.3 Gebühren für andere Leistungen

Gemäß § 6 Abs. 1 GOZ ist die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte auf die Abschnitte B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nrn. 4113 und 4700, N sowie O dieses Gebührenverzeichnisses begrenzt. Soweit Zahnärzte Leistungen aus diesen Abschnitten erbringen, bestimmt sich die Vergütung dieser Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung. Dazu hat das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium wie folgt Stellung genommen: „Die Verweisung betrifft nur solche Abschnitte der GOÄ, in denen Leistungen enthalten sind, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht in Frage kommen können. Die Verweisung auf ganze Abschnitte des Gebührenverzeichnisses für ärztliche

Leistungen ist aus pragmatischen, regelungstechnischen Gründen erfolgt. Aus diesen Abschnitten kann der Zahnarzt nicht alle Leistungen erbringen und berechnen, sondern nur solche Leistungen, die zu seinen beruflichen Leistungen gehören (§ 1 Abs. 1 GOZ) und den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen (§ 1 Abs. 2 GOZ).“

2.4 Analoge Bewertungen

Gemäß § 6 Abs. 2 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach In-Kraft-Treten der GOZ auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer zahnärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich eine besondere Ausführung einer nach dem Gebührenverzeichnis bewerteten Leistung darstellen (§ 4 Abs. 2 GOZ).

2.5 Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der GOZ

2.5.1 Mit der Nr. 203 GOZ sollen besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgegolten werden. Es handelt sich um Maßnahmen (z. B. Separieren oder Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillen einer übermäßigen Papillenblutung), die das Füllen oder Präparieren von Kavitäten erleichtern oder sogar erst ermöglichen. Bei Durchführung mehrerer Einzelmaßnahmen an einem Behandlungstag kann die Gebühr nach Nr. 203 GOZ nur einmal in Ansatz gebracht und damit als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. Urteil des VG Augsburg vom 21.09.2000 - Au 2 K 99.1110 - und Beschluss des Bayer. VGH vom 19.12.2000 -3 ZB 00.3216 – sowie das Urteil des Bayer. VGH vom 07.10.1993 - 3 B 92.2652). Ein mehrfacher Ansatz der Nr. 203 GOZ für Besonderheiten sowohl beim Präparieren als auch beim Füllen von Kavitäten ist ebenfalls nicht möglich. Die Nr. 203 GOZ kann nur in Verbindung mit Füllungen und Kronen berechnet werden.

2.5.2 Vom Leistungsinhalt der Nrn. 205, 207, 209 und 211 GOZ werden auch die Kompositfüllungen erfasst. Zur Bemessung der Gebühren vgl. Hinweise unter Nr. 2.2.

2.5.3 Bei Inlays ist die temporäre Versorgung der Kavität zwischen Präparieren der Kavität und Eingliedern der endgültigen Einlagefüllung Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 215 bis 217 GOZ. Daneben können Gebühren nach den Nrn. 227, 228 oder 202 GOZ nicht berechnet werden (vgl. Urteil des BGH vom 13.05.1992 - IV ZR 213/91).

2.5.4 Bei der „professionellen Zahnreinigung“ handelt es sich um Leistungen zur Befreiung der Zahnoberflächen und Zahnwurzeloberflächen von Zahnbelegen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen. Der Leistungsinhalt entspricht unabhängig vom angewandten Verfahren (z. B. Entfernung mit Handgeräten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten, Pulverstrahlgeräten, Scaling-Gels) den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 405, 406 und 407 GOZ.

2.5.5 Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann die Nr. 413 GOZ analog als Komplexgebühr oder die Nrn. 412 und 411 GOZ analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.

2.5.6 Neben der Nr. 504 GOZ ist die Nr. 508 GOZ nicht berechenbar. Der Sekundärteil einer Teleskopkrone ist kein Verbindungselement im Sinne der Nr. 508 GOZ (vgl. u. a.

Urteil des BVerwG vom 30.05.1996 – 2 C 10.95).

2.5.7 Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung (vgl. Rundschreiben des BMI vom 19.05.1988, GMBI. S. 311).

Die Leistungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ als angemessen angesehen werden (vgl. Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 24.03.1997 – 3 B 95.1895).

2.5.8 Die Berechnung der Nr. 619 GOZ kommt grundsätzlich nur bei einer kieferorthopädischen Behandlung in Betracht. Für notwendige Beratungen und Gespräche im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung stehen dem Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 1 GOZ die entsprechenden Gebühren nach der GOÄ zur Verfügung.

2.5.9 Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 215 bis 217 GOZ), Kronen (Nrn. 220 bis 222 GOZ), Brücken (Nrn. 500 bis 504 GOZ) und Prothesen (Nrn. 520 bis 523 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 222, 504 und 523 GOZ auch die Relationsbestimmung bzw. die Bestimmung der Kieferrelation. Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der GOZ (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden.

2.5.10 Nummer 3 GOÄ ist neben Nummer 001 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; die Abrechnungsbestimmung zu Nummer 3 GOÄ ist jedoch zu beachten.

2.5.11 Nummer 5 GOÄ ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der GOZ enthalten ist.

2.6 Besondere Auslegungsfragen zur GOZ

Die einvernehmlichen Beschlüsse des bei der Bundeszahnärztekammer eingerichteten „Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen“ sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Beschluss Nr. 1 vom 07.05.2001:

Bei der Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung, d. h. zeitlich getrennt als vorbereitende Maßnahme zur Implantation, kann neben den Nrn. 409, 410 GOZ die Nr. 413 GOZ analog berechnet werden. Bei einzeitigem Vorgehen können neben der Nr. 413 GOZ die Nrn. 409, 410 GOZ nicht berechnet werden.

Es besteht Konsens, dass GTR/GBR in der Parodontologie seinen Ursprung hat und heute häufig auch in der Implantologie angewendet wird. In der Parodontologie ist anerkannt, dass die Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung nach den Nrn. 409, 410 GOZ oder neben der Nr. 413 GOZ analog berechnet werden kann. Es besteht Einigkeit, dass, wenn über eine solche Aussage in der Parodontologie Konsens besteht, sie auch in der Implantologie gelten soll.

Beschluss Nr. 2 vom 07.05.2001:

Nr. 900 GOZ – Implantate, Analyse/Vermessung

Die Nr. 900 GOZ ist einmal pro Kiefer berechenbar, auch bei mehreren Implantat-systemen. Wird die klinische Situation durch präimplantologische chirurgische Eingriffe verändert und ergibt sich dadurch die Notwendigkeit einer erneuten Analyse, so ist die Nr. 900 GOZ erneut berechenbar.

Beschluss Nr. 3 vom 07.05.2001:

Nr. 902 GOZ - Messschablone

Die Leistung nach Nr. 902 GOZ ist je nach Notwendigkeit, ggf. auch mehrmals pro Implantat berechenbar.

Beschluss Nr. 4 vom 07.05.2001:

Nr. 904 GOZ – Implantate freilegen

Die Leistung nach Nr. 904 GOZ ist pro Implantatpfosten einmal berechnungsfähig. In Ausnahmefällen bei begründeter medizinischer Indikation kann die Nr. 904 GOZ wieder berechnet werden.

Beschluss Nr. 5 vom 07.05.2001:

Nr. 905 GOZ - Implantate, Berechenbarkeit von Nrn. 229, 231 und 511 GOZ

Die Nrn. 229, 231 und 511 GOZ sind für die Abnahme und Wiederbefestigung bedingt abnehmbarer Suprakonstruktionen berechnungsfähig. Müssen zusätzlich am Implantatkörper Sekundärteile ausgewechselt werden, so ist die Nr. 905 GOZ zusätzlich berechenbar.

Beschluss Nr. 6 vom 07.05.2001:

Nr. 905 GOZ - Implantate, Sekundärteil auswechseln bei bestehender prothetischer Versorgung

Die Leistung nach der Nr. 905 GOZ ist pro Implantatpfeiler und je Sitzung bei einem Wechselvorgang oder Austausch einmal berechenbar.

Die Nr. 905 GOZ ist eine Implantatposition, nicht Hilfsposition bei Suprakonstruktionen.

Beschluss Nr. 7 vom 07.05.2001:

Nr. 2730 GOÄ - Alveolarfortsatz, Lagerbildung für Aufbau

Die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbetts löst keine eigene Gebührenposition aus.

Beschluss Nr. 8 vom 07.05.2001:

Implantate, Verschraubungen

Bei verschraubten Kronen ist die Nr. 508 GOZ in Verbindung mit der Nr. 220/500 GOZ nicht berechnungsfähig, da die Befestigung einer Krone im Zusammenhang mit deren Eingliederung mit der Gebühr für die Krone abgegolten ist (§ 4 Abs. 2 GOZ).

Auszug Hinweise BMI

Anhang 1, Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1 BhV

Regelungen für chronisch Kranke

Die im Januar 2004 beschlossenen Richtlinien für chronisch Kranke – so genannte Chronikerregelung – sehen u. a. vor:

Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach den Maßstäben § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 (wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet, nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Inhalt der Krankentransportrichtlinien ist, dass Fahrten zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder H (hilflos) haben, oder die die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen können.

Weiterhin sind die Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung: Der Patient leidet an einer Grunderkrankung, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss. Die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf beeinträchtigt den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie können als Ausnahmefall weiterhin verordnet werden.

Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten in vergleichbaren Fällen auch ohne amtlichen Nachweis.

Die Richtlinien sollen auch in Zukunft einer regelmäßigen Überprüfung unterzogen werden, um gegebenenfalls erkennbaren Fehlentwicklungen entgegenzuwirken oder veränderte Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Die Auswirkungen der Richtlinien sollen zum 31. Dezember 2004 überprüft werden.

- Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Ausgenommen sind solche Arzneimittel, die nach den Richtlinien ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Hiervon wiederum ausgenommen sind Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
- Eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe (dazu gehören Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, ärztlich verordnete Bäder im Rahmen einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur, Bewegungs- Beschäftigungs- und Sprachtherapie).
- Anschaffung (gegebenenfalls Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Dazu zählen nicht die Geräte, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzuordnen sind. Für Sehhilfen gelten besondere Voraussetzungen.
- Erste Hilfe.
- Die voll- und teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (Wahlleistungen: gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 Bundespflegeversicherungsgesetz – BPFIV), gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPFIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich.
- Eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung), wenn die Grundpflege überwiegt. Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. Fahrkosten und eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn hierfür eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wurde, werden bei einer Pflege durch Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen erstattet. Diese Aufwendungen sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft nach Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b BAT. Wird der Pflegebedürftige von seinem Ehegatten oder seinen Eltern gepflegt, werden nur deren Fahrkosten erstattet. Eine vom Pflegebedürftigen an die Eltern oder seinen Ehegatten gezahlte Vergütung ist nicht beihilfefähig.
- Unter bestimmten Voraussetzungen eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 6 Euro stündlich, höchstens 36 Euro täglich, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen notwendiger stationärer oder auswärtiger ambulanter Unterbringung, Unterbringung in einem Sanatorium, Heilkur oder stationärer Pflege oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann. Dies gilt auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung.
- Fahrkosten bei
 - Leistungen, die stationär erbracht werden. Dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden

medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise.

■ Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

■ Krankentransport.

■ Fahrten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationärsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu einer Höhe von 200 Euro. In besonderen Ausnahmefällen sind auch Fahrten zu ambulanten Behandlungen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle beihilfefähig.

Als notwendige Fahrkosten werden Kosten bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung als beihilfefähig anerkannt. Höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren. Wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag (0,22 Euro je Entfernungskilometer) beihilfefähig. Bei Rettungsfahrten und Krankentransporten sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

■ Unterkunft (keine Verpflegungskosten) bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich beihilfefähig (gilt nicht bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen).

■ Unterkunft und Verpflegung bei ärztlich verordneter Heilbehandlung in einer Einrichtung zur Betreuung und Behandlung von Kranken oder Behinderten (z. B. Heimsonderschule, Behindertenwohnheim) bis 5,50 Euro täglich.

■ Aufwendungen für Organtransplantationen (Herz, Nieren, Haut, Knochenmark usw.), und zwar sowohl die Aufwendungen für den Organempfänger als auch für den Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder eine berücksichtigungsfähige Person ist.

■ Eine künstliche Befruchtung in Höhe von 50 Prozent der entstandenen Kosten für jeweils drei Versuche einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel.

■ Eine Sterilisation, die aufgrund einer Krankheit erforderlich ist.

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung entstandenen Aufwendungen für zahn-technische Leistungen, Edelmetalle und Keramik – außer Glaskeramik sind derzeit noch zu 60 vom Hundert, ab 1. Januar 2005 nur noch zu 40 vom Hundert beihilfefähig.

Sehhilfen

Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

Sehhilfen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind beihilfefähig. Voraussetzung für die Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig. Aufwendungen für Brillen sind – einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):

■ Einstärkengläser:

■ für das sph. Glas 31 Euro

■ für das cyl. Glas 41 Euro

Mehrstärkengläser:

■ für das sph. Glas 72 Euro

■ für das cyl. Glas 92,50 Euro

b) bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):

■ zuzüglich je Glas 21 Euro

c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:

■ zuzüglich je Glas 21 Euro

d) Gläser mit prismatischer Wirkung:

■ zuzüglich je Glas 21 Euro.

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den genannten Höchstbeträgen im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

■ Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)

■ zuzüglich je Glas bis zu 21 Euro

a) bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,

b) bei Anisometropien ab 2 dpt,

c) unabhängig von der Gläserstärke

aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,

bb) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,

cc) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

■ Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser

■ zuzüglich je Glas bis zu 11 Euro

a) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),

b) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendenschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),

- c) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- d) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- e) bei Ziliarneuralgie,
- f) bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- g) bei totaler Farbenblindheit,
- h) bei Albinismus,
- i) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- j) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- k) bei Gläsern ab + 10 dpt,
- l) im Rahmen einer Fotochemotherapie,
- m) bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

■ Kontaktlinsen

Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen beihilfefähig. Sofern ein Ausnahmefall vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154 Euro (sphärisch) und 230 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

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

Beihilfefähig sind ferner neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen – im Rahmen der oben genannten Höchstbeträge – Aufwendungen für

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

Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) für Gläser im Rahmen der genannten Höchstbeträge,
- b) für eine Brillenfassung bis zu 52 Euro.

Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.

Im Übrigen sind Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleich bleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen

sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil

- a) sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,
- b) die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- c) sich die Kopfform verändert hat.

Aufwendungen für

- a) Brillenversicherungen und
- b) Etuis

sind nicht beihilfefähig.

Beihilfefähig sind ferner nach schriftlicher Verordnung eines Augenarztes die oben genannten Sehhilfen für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die unter folgenden Erkrankungen leiden:

- a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder
- b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder
- c) gravierende Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
- d) erhebliche Gesichtsfeldausfälle.

Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in bestimmten Ausnahmefällen beihilfefähig.

Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) Anschaffungen zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,
- b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
 - aa) Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden, 56,43 Euro
 - bb) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird, 44,87 Euro
 - cc) Fahrkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, 0,30 Euro
 - dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist, 26 Euro

Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

- c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines

noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstabe b.

- d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

Bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres sind die Kosten zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes nicht nur geringfügig gefährden, erstattungsfähig. Die Aufwendungen einer Jugendgesundheitsuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und 14. Lebensjahr bzw. innerhalb der Toleranzgrenze von zwölf Monaten vor oder nach diesem Zeitintervall sind ebenfalls beihilfefähig.

Bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres bzw. bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres sind einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach Maßgabe besonderer Richtlinien erstattungsfähig. Bei Personen ab vollendetem 35. Lebensjahr werden alle zwei Jahre die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit erstattet. Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen sind beihilfefähig, nicht jedoch, wenn der Anlass eine private Reise außerhalb der Europäischen Union ist. Beihilfefähig sind zudem Aufwendungen für bestimmte prophylaktische zahnärztliche Leistungen.

Aufwendungen bei Geburten

Neben den oben aufgeführten Aufwendungen sind folgende Kosten beihilfefähig:

- Hebamme,
- Schwangerschaftsüberwachung,
- Entbindungspfleger,
- eine Haus- und Wochenpflegekraft bei einer Hausgeburt oder einer ambulanten Geburt in einer Krankenanstalt (längstens für einen Zeitraum von 14 Tagen nach der Geburt),
- stationäre Krankenhausbehandlung für das Kind nach der Geburt.

Diese Leistungen werden auch bei der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gewährt, wenn die Mutter des Kindes berücksichtigungsfähig ist.

Achtung beim Krankenhausaufenthalt – Neun Tipps

1. Freie Krankenhauswahl

Unter sämtlichen Kliniken der Bundesrepublik, die ausschließlich Krankenhausbehandlung gewähren, können Sie in Abstimmung mit Ihrem behandelnden Arzt das für Ihre Behandlung geeignete Haus auswählen. Eine vorherige Leistungszusage Ihrer Versicherung ist nicht erforderlich.

2. Krankenhäuser mit Kur- und Rehabilitationsleistungen

Insbesondere in Kurorten gibt es auch Kliniken, die zusätzlich Kur- und Sanatoriumsbehandlungen anbieten oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Vor einer stationären Behandlung in solchen Einrichtungen sollten Sie eine schriftliche Leistungszusage Ihres Versicherers einholen.

3. Die Krankenhausaufnahme

Bei der Aufnahme in die Klinik schließen Sie einen Behandlungsvertrag ab, der Sie zur Zahlung der entstehenden Kosten verpflichtet. Ihre private Krankenversicherung erstattet diese Kosten im tarifvertraglichen Umfang. Die Erstattungszusage können Sie, wenn Sie sie nicht bereits haben, bei der Aufnahme ins Krankenhaus anfordern. Sofern Sie eine Klinik-Card haben, legen Sie diese vor. Wenn Sie eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen haben, erhalten Sie daraus ebenfalls Leistungen.

4. Die Wahlleistungen

Grundsätzlich erhalten alle Patienten die allgemeinen Krankenhausleistungen: Unterkunft, Pflege, Verpflegung im Mehrbettzimmer und medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte. Dafür berechnet das Krankenhaus Fallpauschalen, Sonderentgelte, Basis- und Abteilungspflegesätze oder eine Kombination dieser Entgelte. Zumeist werden zwei Wahlleistungen angeboten: Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung. Diese Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen, wenn Sie darüber bei der Aufnahme eine schriftliche Vereinbarung treffen. Nur dann werden die Kosten dafür von Ihrer Versicherung erstattet.

5. Ein- und Zweibettzimmer

Ist die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht zufrieden stellend, können Sie diese Vereinbarung täglich kündigen. Das Krankenhaus verlangt für die besondere Unterbringung pro Tag einen Zuschlag: für das Einbettzimmer mindestens 65, für das Zweibettzimmer mindestens 25 Prozent des Basispflegesatzes. Bietet das Krankenhaus mehrheitlich Zweibettzimmer als Standardunterbringung an, beträgt der Mindestzuschlag für das Einbettzimmer 35 Prozent.

6. Privatärztliche Behandlung

Für die privatärztliche Behandlung schließen Sie mit den beteiligten Chefarzten unmittelbar einen Vertrag. Die Ärzte liquidieren nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und dürfen nur Leistungen berechnen, die sie selbst erbracht haben. Die Gebührensätze dürfen in begrenztem Rahmen gesteigert werden: bei persönlichen Leistungen bis zum maximal 3,5fachen, bei überwiegend medizinisch-technischen Leistungen bis zum maximal 2,5fachen und bei Laborleistungen bis zum maximal 1,3fachen. Ein Überschreiten dieser Regelhöchstsätze muss auf der Rechnung verständlich und nachvollziehbar begründet sein. Eine Liquidation über die Höchstsätze der GOÄ hinaus ist nur mit besonderer schriftlicher Vereinbarung (der so genannten Abdingung) möglich. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen durch Chefarzte dürfen nicht von einer Abdingung abhängig gemacht werden. Abdingungen bei medizinisch-technischen Leistungen sind grundsätzlich ausgeschlossen.

7. Leistungen für Standardtarifversicherte

Wenn Sie privaten Krankenversicherungsschutz nach einem Standardtarif haben, ist die freie Krankenhauswahl auf Kliniken begrenzt, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen. Hier müssen Sie jährlich für die ersten 14 Tage eines Krankenhausaufenthalts 6,20 € je Pflorgetag bezahlen. Ist die Abteilung oder das Krankenhaus belegärztlich organisiert, wird die Arztrechnung nach der Regelspanne der GOÄ erstattet.

8. Krankenhausbehandlung in den neuen Ländern

Bei Privatversicherten in den neuen Ländern, die nach dem „Basistarif Spezial“ versichert sind, werden bei einer stationären Behandlung alle Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Die Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern und die Behandlung durch den Chefarzt zählen grundsätzlich nicht dazu. Diese Kosten können aber – genauso wie die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes – durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Bei privatärztlicher Behandlung liquidieren die Ärzte dort – mit speziellem Gebührenabschlag – ebenfalls nach der GOÄ.

9. Die Entlassung/Kostenabrechnung

Nach der Entlassung erhalten Sie die Rechnungen der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte und – wenn Ihre Versicherung nicht unmittelbar an das Krankenhaus zahlt – auch die Pflegekostenrechnung. Diese Rechnungen können Sie auch unbezahlt bei der Versicherung einreichen. Arztrechnungen müssen Diagnose, Datum der Leistung, Gebührennummern, Leistungsbezeichnungen, die jeweiligen Kosten und zugrunde gelegten Steigerungssätze enthalten. Wenn Sie eine Krankenhaustagegeldversicherung haben, legen Sie Ihrer Versicherung eine Bescheinigung des Krankenhauses mit Diagnose und Dauer der stationären Behandlung vor, falls sich dies nicht aus den eingereichten Rechnungen ergibt.

Weitere Informationen erhalten Sie vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unter www.pkv.de.

Checkliste Heilkuren

- Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur wird anerkannt, wenn
 - die Heilkur unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan an einem im amtlichen Heilkurortverzeichnis aufgeführten Ort durchgeführt wird,
 - nicht im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt wurde, es sei denn, es liegt ein schweres chronisches Leiden vor und durch ein Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes wird nachgewiesen, dass aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.
- Aufwendungen für Heilkuren an einem im amtlichen Heilkurortverzeichnis aufgeführten Ort sind alle vier Jahre einmal beihilfefähig, wenn
 - die Heilkur laut amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten nach einer schweren Erkrankung erforderlich ist oder ein erhebliches chronisches Leiden eine heilklimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig macht und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
 - die Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort ausgeschöpft sind,
 - die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Heilkur von der Beihilfestelle anerkannt worden ist und mit der Behandlung innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Bescheids begonnen wird,
 - der Beihilfeberechtigte seit drei Jahren im öffentlichen Dienst arbeitet und nicht in absehbarer Zeit ausscheidet.

Beihilfefähige Aufwendungen sind:

- Arztkosten, gemindert um die Abzugsbeträge
 - Heilmittel und -behandlung,
 - Fahrkosten für An- und Abreise,
 - Unterkunft und Verpflegung für höchstens drei Wochen
 - 16 Euro (für Kosten, die 12,50 Euro täglich übersteigen);
 - für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, 13 Euro (für Kosten die 10 Euro täglich übersteigen),
 - unter bestimmten Voraussetzungen eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6,00 Euro stündlich höchstens 36,00 Euro täglich,
 - Kurtaxe,
 - Schlussbericht.
- Beihilfen für Heilkuren werden nur aktiven Bediensteten zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit gewährt. Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Familienangehörige erhalten Beihilfen zu den beihilfefähigen Aufwendungen für Arzt, Arzneimittel und Heilbehandlungen. Dies gilt auch für aktive Bedienstete, die eine nicht anerkannte Heilkur antreten. Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Familienangehörige sollten aufgrund der Einschränkungen ihre Leiden am Wohnort ambulant oder stationär behandeln lassen oder eine Sanatoriumsbehandlung beantragen.
- Vor der Heilkur sollte bei der Krankenversicherung ein Kostenzuschuss beantragt werden, da mit der Beihilfe und den Leistungen der Krankenversicherung in der Regel die Kosten einer Heilkur nicht bestritten werden können. Nicht beantragt werden darf die Beihilfe, wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst be-

schäftigt war und auch dann nicht, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt oder beendet worden ist. Ausnahmen:

- Ein schweres chronisches Leiden macht nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in kürzeren Zeitabständen notwendig.
- Nach Antrag auf Entlassung.
- Wenn das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach der Heilkur endet, es sei denn, die Heilkur wird wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt.
- Solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.
- Aufwendungen für Muttergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren oder Vater-Kind-Kuren in entsprechenden anerkannten Einrichtungen sind entsprechend der vorgenannten Voraussetzungen beihilfefähig.

Aufwendungen im Todesfall

Wenn der Beihilfeberechtigte verstirbt, werden seinen Hinterbliebenen (Ehegatten und Kindern) auf Antrag Beihilfen gewährt. Beim Tod berücksichtigungsfähiger Angehöriger (Ehegatte, Kinder) wird ebenfalls auf Antrag Beihilfe gezahlt. Beihilfefähig sind

- die beihilfefähigen Aufwendungen, die bis zum Tod des Beihilfeberechtigten entstanden sind, und zwar sowohl für ihn selbst als auch für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten und für die Kinder, die im Familienzuschlag nach dem BBesG berücksichtigungsfähig sind,
- eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6 Euro stündlich, höchstens 36 Euro täglich bis zur Dauer von sechs Monaten, in Ausnahmefällen längstens zwölf Monate nach dem Todesfall des den Haushalt allein führenden Elternteils, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Für Ehegatten und Eltern des/der Verstorbenen wird keine Vergütung gezahlt.

Die Pflegeversicherung

Mit dem In-Kraft-Treten des Pflegeversicherungsgesetzes wurde die Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit seit dem 1. Januar 1995 für alle Bürgerinnen und Bürger zur Pflicht. Privat Versicherte waren gesetzlich verpflichtet, zum 1. Januar 1995 eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Auch Beamte waren verpflichtet, eine die Beihilfe ergänzende Pflegeversicherung abzuschließen. Die Pflegeversicherung wurde in drei Stufen eingeführt: Am 1. Januar 1995 begann die Beitragspflicht. Die Leistungen für ambulante Pflege werden seit dem 1. April 1995 und die Leistungen für stationäre Pflege seit dem 1. Juli 1996 erstattet.

Häusliche und stationäre Pflege

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Unterschieden wird nach Pflege durch berufliche Pflegekräfte und nach Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte, so genannte Pflegepersonen (z. B. Angehörige, Nachbarn), abgestellt auf die zuerkannten Pflegestufen I, II oder III des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI).

Bei Pflege durch berufliche Pflegekräfte im häuslichen oder teilstationären Bereich sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

■ in der Pflegestufe 1 bis zu30 Pflegeeinsätze monatlich,

■ in der Pflegestufe 2 bis zu60 Pflegeeinsätze monatlich,

■ in der Pflegestufe 3 bis zu90 Pflegeeinsätze monatlich.

In besonderen Härtefällen auch darüber hinausgehende Pflegeeinsätze bis zum Höchstbetrag einer Krankenpflegekraft nach Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b BAT.

Bei selbst beschaffter Pflege durch Pflegepersonen wird eine monatliche Pauschalbeihilfe gewährt. Sie beträgt:

■ in der Pflegestufe 1205 Euro,

■ in der Pflegestufe 2410 Euro,

■ in der Pflegestufe 3665 Euro,

allerdings abzüglich des jeweiligen anteiligen Pflegegeldes der privaten bzw. sozialen Pflegeversicherung.

Die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen bei stationärer Pflege sind unter Berücksichtigung der Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beihilfefähig

■ in der Pflegestufe 1 in Höhe von 1.023 Euro monatlich,

■ in der Pflegestufe 2 in Höhe von 1.279 Euro monatlich,

■ in der Pflegestufe 3 in Höhe von 1.432 Euro monatlich,

in besonderen Härtefällen bis zu 1.688 Euro monatlich. Die Kosten der Behandlungspflege sind gemäß dem Hinweis des BMI zu § 9 Abs. 7 BHV, Ziffer 1 vorerst in die Deckelung von 1.023 Euro, 1.279 Euro, 1.432 Euro und 1.688 Euro einbezogen.

Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens (Bruttoehgatteneinkommen) übersteigen. Der Eigenanteil beträgt

■ bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehaltes der Besoldungsgruppe A 9 mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent des Einkommens, ab zwei berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 Prozent des Einkommens,

■ bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 Prozent des Einkommens, ab zwei berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 Prozent des Einkommens,

■ bei allein stehenden Beihilfeberechtigten 70 Prozent des Einkommens,

■ bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 Prozent des Einkommens.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt. In Pflegefällen wird die Beihilfe mit Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt.

Checkliste Sanatoriumsaufenthalt

■ In einem inländischen Sanatorium sind Aufwendungen während eines Aufenthalts alle vier Jahre einmal beihilfefähig, wenn die Sanatoriumsbehandlung von ärztlicher Seite für notwendig erachtet wird und andere Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Anhand eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens entscheidet die Beihilfestelle zuvor über die Beihilfefähigkeit. Mit der Behandlung muss innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Bescheids begonnen werden. Beihilfefähige Aufwendungen sind:

- Arztkosten, gemindert um die Abzugsbeträge
- Arznei- und Verbandmittel (bis zum niedrigsten Satz des Sanatoriums),
- Fahrkosten für An- und Abreise in Höhe von 0,20 Euro je Kilometer, höchstens 200 Euro,
- unter bestimmten Voraussetzungen eine Familien- und Haushaltshilfe in Höhe von 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich,
- Kurtaxe und
- Schlussbericht.

Unterkunft, Verpflegung und Pflege sind für höchstens drei Wochen beihilfefähig, es sei denn, eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen ist dringend erforderlich. Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 Prozent des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig. Voraussetzung ist eine Bestätigung des Sanatoriums, dass eine Begleitperson notwendig ist.

■ Im Gegensatz zu Heilkuren fallen Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen nicht nur bei aktiven Bediensteten unter die Beihilfe, sondern sind auch bei Versorgungsempfängern und berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen beihilfefähig. Der Beihilfebemessungssatz beträgt für den Beihilfeberechtigten selbst 50 Prozent (bei mindestens zwei im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kindern 70 Prozent), für Versorgungsempfänger und Ehegatten 70 Prozent und für ein Kind 80 Prozent. Zu einer Sanatoriumsbehandlung gehören auch die medizinische Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlungen von Abhängigkeitskranken wie Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigen.

■ Aus medizinischen und finanziellen Gründen wird im Allgemeinen eine Sanatoriumsbehandlung gegenüber einer Heilkur bevorzugt angeordnet. Dennoch müssen hier Beihilfeberechtigte mit einer relativ hohen Belastung rechnen, da selbst private Krankenversicherungen im Allgemeinen nur unzureichend für Leistungen aufkommen. Nicht beantragt werden darf die Beihilfe dann, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt oder beendet worden ist. Ausnahmen:

- eine schwere Erkrankung mit Krankenhausaufenthalt,
- eine schwere chronische Erkrankung, die laut amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in kürzeren Zeitabständen erforderlich macht.

In Fällen, die eine sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in ein Sanatorium erfordern, muss der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachgeholt werden.

Beihilferegelungen der Länder

Baden-Württemberg

Bemessungssätze

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Er vermindert sich bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nicht, wenn drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig waren. Die Bestimmung, wonach bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einer von beiden den erhöhten Bemessungssatz von 70 Prozent erhält, ist entfallen. Damit steht seit dem 1. April 2003 beiden Ehegatten bei zwei oder mehr Kindern der erhöhte Bemessungssatz von 70 Prozent zu.

Haben sie mindestens drei Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, und deshalb einen Bemessungssatz von 70 Prozent, vermindert sich dieser künftig nicht mehr, auch wenn für die Kinder kein Anteil im Familienzuschlag mehr zusteht.

Auch bei allen Beihilfeberechtigten, die vor dem In-Kraft-Treten der Änderungsverordnung zum 1. April 2003 mindestens drei im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder hatten, beträgt der Bemessungssatz künftig wieder 70 Prozent. Die Anpassung eines etwaigen privaten Versicherungsschutzes wäre hier demnach empfehlenswert.

Kostendämpfungspauschale ab 1. April 2004

Seit 1. April 2004 gilt eine Kostendämpfungspauschale, die nach Besoldungsgruppen wie folgt gestaffelt ist:

Stufe 1	A 6 bis A 9	75 Euro*/60 Euro**
Stufe 2	A 10 bis A 12	90 Euro/80 Euro
Stufe 3	A 13 bis A 16, B 1, B 2, R 1, R 2; C 1 bis 3, H 1 bis H 3, W 1, W 2	120 Euro/100 Euro
Stufe 4	B 3 bis B 6, R 3 bis R 6, C 4, H 4 und H 5, W 3	180 Euro/150 Euro
Stufe 5	Höhere Besoldungsgruppen	270 Euro/240 Euro

* Aktive Beamte ** Versorgungsempfänger/innen

Eine Praxisgebühr, wie in der BhV des Bundes wird daneben nicht erhoben.

Beihilfeantrag

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die Aufwendungen mindestens 300 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen diesen Betrag nicht, wird Beihilfe gewährt, wenn der letzte Antrag mindestens zwölf Monate zurückliegt. Der Beihilfeantrag ist vor Ablauf von zwei Kalenderjahren zu stellen, die auf das Jahr des Entstehens der Aufwendungen bzw. der ersten Ausstellung der Rechnung folgen. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Nichtbeihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen

Angehörigen bei einer Heilbehandlung. Als nahe Angehörige gelten abweichend von den Beihilfevorschriften des Bundes auch Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Dies betrifft Aufwendungen, die den Betrag von zwei Drittel der jeweils einschlägigen Gebühren oder der Höchstbeträge übersteigen. Im Einzelfall entstandene Sachkosten werden erstattet.

Aufwendungen bei Krankheit

Seit 1. April 2004 sind Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmer) nur gegen Zahlung eines Betrags von 13 Euro monatlich je Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig. Der monatliche Betrag von 13 Euro wird von den Dienstbezügen abgezogen, wenn der/die Beihilfeberechtigte innerhalb einer Ausschlussfrist von fünf Monaten verbindlich erklärt hat, dass er/sie und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen beabsichtigen, Wahlleistungen in Anspruch zu nehmen.

Bis zu einer Höhe von 1.300 Euro monatlich werden an nahe Angehörige gewährte Vergütungen für die vorübergehende häusliche Pflege erstattet, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder in einem derartigen Umfang eingeschränkt wird. Ausgenommen sind Vergütungen an Ehegatten, Eltern oder Kinder des Pflegebedürftigen.

Müttergenesungskuren sind in Höhe eines bestimmten Pauschalpreises beihilfefähig. Beihilfe wird ebenfalls gewährt für Mutter-Kind-Kuren. Voraussetzung hierfür ist, dass erstmalig eine Wartezeit von insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit erfüllt sein muss und im laufenden sowie den beiden vergangenen Kalenderjahren keine entsprechende Kur durchgeführt und beendet wurde.

Aufwendungen bei Geburten

Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird eine pauschale Beihilfe in Höhe von 155 Euro gewährt.

Aufwendungen im Todesfall

Zu den Aufwendungen (Leichenschau, Einsargung, Überführung, Aufbahrung, Einäscherung, Beisetzung, Anlegung einer Grabstelle sowie Grundlage für einen Grabstein) werden pauschale Beihilfebeträge gewährt, die wie folgt nach der Höhe der anlässlich des Todes zustehenden Sterbegelder gestaffelt sind.

Sterbegelder (Euro)	Pauschalbeihilfe (Euro)
bis zu 1.500	in Höhe von 1.900
bis zu 2.700	in Höhe von 1.300
bis zu 3.900	in Höhe von 700
ab 3.901	keine Pauschalbeihilfe

Übersteigen die Sterbegelder den Betrag von 4.900 Euro, so steht für die weiteren Aufwendungen keine Beihilfe zu.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Für die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte gelten folgende beihilfe-rechtlichen Stufenbeträge:

- Pflegestufe 1 bis zu 384 Euro monatlich,
- Pflegestufe 2 bis zu 921 Euro monatlich,
- Pflegestufe 3 bis zu 1.432 Euro monatlich.

In außergewöhnlichen Fällen und bei hohem Pflegebedarf, der über das in Pflege-stufe 3 übliche Maß weit hinausgeht, sind Aufwendungen bis zu 1.918 Euro mo-natlich beihilfefähig.

Bei vollstationärer Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe gelten als beihilfe-fähige Aufwendungen für die Pflege

- in Pflegestufe 1 245 Euro monatlich,
- in Pflegestufe 2 393 Euro monatlich,
- in Pflegestufe 3 638 Euro monatlich.

Im Monat des Beginns und der Beendigung der Pflege werden diese Beträge halbiert. Neben den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege sind auch die Aufwendungen für die Unterkunft nach Abzug eines Eigenanteils beihilfefähig. Der Eigenanteil beträgt bei Beihilfeberechtigten mit

- einem Angehörigen 250 Euro,
- zwei Angehörigen 220 Euro,
- drei Angehörigen 190 Euro,
- mehr als drei Angehörigen pro Kalendermonat 160 Euro.

Bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen beträgt der Eigenanteil weiterhin 70 Prozent der Bruttozüge sowie der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung.

Bayern

Abweichend von den Regelungen des Bundes gelten bei einer Inanspruchnahme von Wahlleistungen anlässlich eines stationären Krankenhausaufenthalts folgende Eigenbehalte:

- Bei der Unterbringung im Zweibettzimmer werden von den beihilfefähigen Aufwendungen des Patienten 14,50 Euro pro Liegetag (für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr) abgezogen und
- bei einer Chefarztbehandlung 25 Euro pro Aufenthaltstag.

Berlin

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Bei Anwendung der Beihilfeschriften stehen eingetragene Lebenspartner den Ehegatten gleich.

Bemessungssätze

Die Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem ein Beihilfeantrag gestellt wird, bei den Angehörigen der Besoldungsgruppen

- A 7 bis A 8um 50 Euro,
 - A 9 bis A 12um 100 Euro,
 - A 13, A 14, C 1 und R 1 bis zur achten Lebensaltersstufe ...um 200 Euro,
 - A 15, A 16, B 2, C 2, C 3,
R 1 ab der neunten Lebensaltersstufe und R 2um 310 Euro,
 - B 3 bis B 7, C 4, R 3 bis R 7um 460 Euro,
 - B 8 bis B 11 und R 8um 770 Euro
- gekürzt (Kostendämpfungspauschale).

Die Kostendämpfungspauschale vermindert sich um 35 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind. Für Versorgungsempfänger/innen beträgt sie 70 Prozent der Kostendämpfungspauschale für die Besoldungsgruppe, nach der die Versorgungsbezüge berechnet werden.

Bei Witwen und Witvern beträgt die Kostendämpfungspauschale 40 Prozent. Versorgungsempfänger/innen, die lediglich ein Mindestruhegehalt beziehen, und ihre Hinterbliebenen sind von diesen Regelungen ausgenommen. Des Weiteren wird keine Kostendämpfungspauschale für Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen oder Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit erhoben. Die jährliche Kostendämpfungspauschale wird für krankheitsbedingte Aufwendungen seit dem 1. Januar 2003 erhoben. Leistungen vor dem 1. Januar 2003 sind von dieser Regelung nicht erfasst.

Die Praxisgebühr wird in Berlin neben der Kostendämpfungspauschale erhoben.

Aufwendungen bei Krankheit

Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung sind nicht beihilfefähig. Ausnahme: am 1. April 1998 vorhandene Versorgungsempfänger/innen, Schwerbehinderte oder Personen, die am 1. April 1998 das 55. Lebensjahr vollendet haben.

Brandenburg

Abweichend von den Beihilfavorschriften des Bundes sind Aufwendungen für Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Ein- bzw. Zweibettzimmer) bei stationärer Behandlung nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht für am 1. Januar 1999 vorhandene Schwerbehinderte, solange die Schwerbehinderung andauert.

Bremen

Der Senat hat in seiner Sitzung vom 7. September 2004 beschlossen, die Bremische Beihilfeverordnung mit Wirkung ab dem 1. Januar 2005 zu ändern. Diese Novellierung soll zu einer wirkungsgleichen Regelung mit den Inhalten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen. Vorgesehen ist die Einführung pauschalierter Eigenbehalte:

- Die beihilfefähigen Aufwendungen vermindern sich bei einem Bemessungssatz ab
- 50 Prozent um 150 Euro,
 - 60 Prozent um 120 Euro,
 - 70 Prozent um 100 Euro je Kalenderjahr.

Maßgebend ist der am 1. Januar des Kalenderjahres der Antragstellung bestehende Bemessungssatz. Die Minderung ist nicht bei Aufwendungen wegen dau-

ernder Pflegebedürftigkeit und für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bei Lebendgeburten vorzunehmen.

Der Verweis auf Bundesrecht bei zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen sowie Hilfsmitteln in Krankheitsfällen entfällt. Die notwendigen Regelungen zur Beihilfefähigkeit dieser Leistungen werden in neuen Anlagen der Bremischen Beihilfeverordnung geregelt. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Material- und Laborkosten bei Zahnersatz (zahntechnische Leistungen) werden ab 2005 von 60 Prozent auf 40 Prozent abgesenkt.

Bemessungssätze

Der Bemessungssatz für Alleinstehende beträgt 50 Prozent und für Verheiratete 55 Prozent. Die Erhöhung erfolgt jedoch nicht, wenn der Ehegatte selbst beihilfeberechtig ist oder im Vorkalenderjahr Einkünfte von mehr als 10.000 Euro hatte. Für jedes berücksichtigungsfähige Kind erhöht sich der Bemessungssatz um 5 Prozent auf höchstens 70 Prozent.

Für Versorgungsempfänger/innen erhöht sich der Bemessungssatz um zusätzlich 10 Prozent, für Empfänger von Witwen- oder Witwergeld um weitere 5 Prozent. Bei Gewährung von Beitragszuschüssen von mindestens 41 Euro monatlich für eine private Krankenversicherung ermäßigt sich der Bemessungssatz um 10 Prozent. Bei Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei sonstigen Ansprüchen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen werden Beihilfen nur zu den Aufwendungen gewährt, die über die gewährten oder zustehenden Leistungen hinausgehen, dann aber zu 100 Prozent.

Beihilfeantrag

Um Beihilfe zu erhalten, müssen die Aufwendungen den Betrag von 200 Euro übersteigen. Abweichend hiervon wird aber auch dann Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen aus sechs Monaten diese Summe nicht erreichen. Der/die Beihilfeberechtigte muss die von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege noch drei Jahre nach Empfang der Beihilfe aufbewahren und hat sie auf Anforderung vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten sind die Aufwendungen beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag seiner nachzuweisenden Einkünfte im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages 10.000 Euro nicht übersteigt. Die Beihilfe wird auf Antrag nach dem Günstigkeitsprinzip neu berechnet, wenn sich die Einkünfte des Ehegatten im Jahr der Antragstellung verringert haben. Der Antrag muss innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des entsprechenden Kalenderjahres gestellt werden. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei Heilmaßnahmen sind bis auf nachzuweisende Sachkosten z. B. für Materialien, Stoffe und Medikamente nicht beihilfefähig. Neben dem Ehegatten, den Kindern und Eltern gelten als nahe Angehörige auch Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiebertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähige Angehörige.

Aufwendungen bei Krankheit

Beihilfefähig sind die vom Arzt oder Zahnarzt für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen abzüglich eines Betrages von 6 Euro für jedes Arznei- und Verbandmittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Sind Festbeträge für Arznei- oder Verbandmittel festgesetzt, werden darüber hinausgehende Aufwendungen nicht erstattet. Der Abzug von 6 Euro wird dann vom Festbetrag vorgenommen. Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie Versorgungsempfänger/inne/n mit Bezügen bis zur Höhe des Mindestruhegehaltes werden die Aufwendungen ohne Abzug des Betrages erstattet. Die Aufwendungen für einen Heilpraktiker sind nicht beihilfefähig. Von den Kosten der Beförderung wird nichts abgezogen. Bei stationärer Behandlung werden die Kosten für Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) nicht berücksichtigt.

Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei Heilkuren gilt Folgendes: Ruhestandsbeamte, die wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden sind, erhalten Beihilfen, wenn durch eine amtsärztliche Stellungnahme bestätigt ist, dass die Kur zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit führt und die erneute Berufung in das Beamtenverhältnis ermöglicht.

Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

Aufwendungen, die im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten entstehen, sind unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

- bei Kindern die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
- bei Frauen und Männern einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
- bei Frauen und Männern alle zwei Jahre die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf-, Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Die Aufwendungen für berufliche Pflegekräfte bei der häuslichen und teilstationären Pflege sind beihilfefähig:

- in der Pflegestufe 1 bis zur Höhe von 20 Prozent monatlich,
- in der Pflegestufe 2 bis zur Höhe von 40 Prozent monatlich,
- in der Pflegestufe 3 bis zur Höhe von 60 Prozent monatlich,
- in besonderen Härtefällen monatlich bis zu 80 Prozent der Kosten einer Krankenpflegekraft nach Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b BAT. Die entstehenden pflegebedingten Aufwendungen sind unter Berücksichtigung der Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beihilfefähig. Unter Abzug bestimmter Eigenbehalte sind auch die Aufwendungen der Unterkunft und Verpflegung beihilfefähig.

Hamburg

Hamburg hat die Beihilfeverordnung zum 1. August 2005 geändert und u.a. Kostendämpfungspauschalen eingeführt.

Bemessungssätze

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Die Bestimmung, wonach bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einer von beiden den erhöhten Bemessungssatz von 70 Prozent erhält, entfällt. Damit stehen voraussichtlich ab 1. März 2004 beiden Ehegatten bei mindestens einem Kind der erhöhte Bemessungssatz von 70 Prozent zu.

Beihilfeantrag

Die Frist für den Antrag beträgt zwei Jahre ab Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung. Die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen müssen mehr als 200 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten die Summe nicht, überschreiten sie aber 15 Euro kann auch hierfür Beihilfe gewährt werden.

Abzugsbeträge

Für vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker für beihilfefähige Leistungen verbrauchte oder nach Art und Umfang schriftlich verordnete Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen werden für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels abgezogen. Gleiches gilt für die Fahrkosten. Abzüge werden nicht mehr vorgenommen, wenn die Belastungsgrenze erreicht ist. Diese beträgt 312 Euro für jeden Beihilfeberechtigten einschließlich der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei Heilmaßnahmen sind bis auf nachzuweisende Sachkosten z. B. für Materialien, Stoffe und Medikamente nicht beihilfefähig. Neben dem Ehegatten, den Kindern und Eltern gelten als nahe Angehörige auch Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwieger-töchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Aufwendungen bei Krankheit

Wahlleistungen sind nicht beihilfefähig.

Aufwendungen bei Geburten

Zu den Aufwendungen für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird eine Beihilfe von 128 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind. Entsprechendes gilt, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind adoptiert und es zu diesem Zeitpunkt das

zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Sind beide Elternteile beihilfeberechtig, wird die Beihilfe der Mutter gewährt.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Die Aufwendungen für berufliche Pflegekräfte bei der häuslichen und teilstationären Pflege sind beihilfefähig:

- in der Pflegestufe 1 bis zur Höhe von 20 Prozent monatlich,
- in der Pflegestufe 2 bis zur Höhe von 40 Prozent monatlich,
- in der Pflegestufe 3 bis zur Höhe von 60 Prozent monatlich,
- bei außergewöhnlichem Pflegeaufwand in der Stufe 3 bis 100 Prozent der durchschnittlichen Kosten für eine Berufspflegekraft nach der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b BAT. Fahrkosten sind nicht beihilfefähig.

Bei stationärer Pflege sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung abzüglich eines bestimmten Eigenbehaltes beihilfefähig.

Aufwendungen im Todesfall

Wenn der Beihilfeberechtigte verstirbt, werden seinen Hinterbliebenen (Ehegatten und Kindern) auf Antrag Beihilfen gewährt. Beim Tod berücksichtigungsfähiger Angehöriger (Ehegatte, Kinder) wird ebenfalls auf Antrag Beihilfe gezahlt. Beihilfefähig sind:

- die beihilfefähigen Aufwendungen, die bis zum Tod des Beihilfeberechtigten entstanden sind, und zwar sowohl für ihn selbst als auch für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten und für die Kinder, die im Familienzuschlag nach dem BBeSG berücksichtigungsfähig sind,
- Aufwendungen im Todesfall.

Zu den Kosten für Leichenschau, Sarg, Einsargung, Aufbahrung, Einäscherung, Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal wird eine Beihilfe bis zur Höhe von 665 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 435 Euro gewährt, wenn Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind. Stehen für den Sterbefall Sterbe- oder Bestattungsgelder aufgrund von Rechtsvorschriften bzw. arbeitsvertraglichen Vereinbarungen oder Schadenersatzansprüchen von insgesamt 1.000 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 333 Euro, in Sterbefällen von Kindern 218 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.000 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt.

Daneben sind die Aufwendungen beihilfefähig für

- Überführung der Leiche oder Urne vom Sterbeort zu dem Ort, an dem der Verstorbene zuletzt seine Wohnung hatte (für Sterbefälle im Ausland gelten Sondervorschriften),
- Familien- und Haushaltshilfen bis zur Dauer von längstens zwölf Monaten nach dem Tod des den Haushalt allein führenden Elternteils, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Hessen

Hessen hat eigene Beihilfavorschriften, die in der Fassung vom 5. Dezember 2001 weiterhin gelten. Die Änderungen beim Bund wurden nicht übernommen.

Bemessungssätze

Der Bemessungssatz beträgt für beihilfefähige Aufwendungen

- des alleinstehenden Beihilfeberechtigten 50 Prozent,
- des verheirateten Beihilfeberechtigten 55 Prozent.

Die Erhöhung gilt nicht, wenn der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist oder der Gesamtbetrag der Einkünfte des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den steuerlichen Grundfreibetrag überstieg.

Weitere Erhöhungen:

- für beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger/innen um 10 Prozent,
- für jedes berücksichtigungsfähige Kind um 5 Prozent (bis zu einem Höchstsatz von 70 Prozent),
- für berücksichtigungsfähige Halbweisen um je 5 Prozent (bis zu einem Höchstsatz von 70 Prozent).

Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erhöht sich der Bemessungssatz nur bei dem Beihilfeberechtigten, bei dem das Kind tatsächlich im Familienzuschlag, Ortszuschlag oder Sozialzuschlag berücksichtigt wird.

Bei einer stationären Krankenhausbehandlung erhöht sich der Bemessungssatz um 15 vom Hundert, höchstens jedoch auf 85 vom Hundert.

Abweichend hiervon beträgt der Bemessungssatz für Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit einschließlich der bei vollstationärer Pflege beihilfefähigen Aufwendungen für die Behandlungspflege:

- des Beihilfeberechtigten 50 Prozent
- des beihilfeberechtigten Versorgungsempfängers 70 Prozent
- des berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 Prozent
- berücksichtigungsfähiger Kinder und Waisen 80 Prozent
- des Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr Kindern 70 Prozent

Wenn beide Ehegatten jeweils selbst beihilfeberechtigt sind und zwei oder mehr berücksichtigungsfähige Kinder haben, erhält nur ein Ehegatte 70 Prozent. Wer das ist, bestimmen die Ehegatten.

Beihilfeantrag

Der Mindestbetrag der geltend gemachten Aufwendungen muss bei 250 Euro liegen. Übersteigt die Summe der Aufwendungen aus zehn Monaten diesen Betrag nicht, dann wird Beihilfe auch gewährt, wenn die Aufwendungen 25 Euro übersteigen. Der/die Beihilfeberechtigte muss die von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege noch drei Jahre nach Empfang der Beihilfe aufbewahren und hat sie auf Anforderung vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte jährliche Einkünfte, die den steuerlichen Grundfreibetrag überschreiten, entfällt die Beihilfe. Maßgebend sind die Einkünfte des vorletzten Kalenderjahres vor der Stellung des Beihilfeantrages.

Aufwendungen bei Krankheit

Beihilfefähig sind die vom Arzt oder Zahnarzt für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen abzüglich eines Betrages von 4,50 Euro für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel. Ausgenommen sind:

- Versorgungsempfänger/innen mit Versorgungsbezügen bis 1.125 Euro monatlich,
- Personen bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
- pflegebedürftige Personen in Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten,
- Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Geburt.

Wahlleistungen sind beihilfefähig mit der Einschränkung, dass die Kosten einer Unterkunft bis zur Höhe eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 16 Euro täglich erstattet werden.

Muss in besonderen Fällen wegen der Schwere oder Eigenart einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung für die Fahrt zu einem Behandlungsort ein privater Personenkraftwagen benutzt werden, sind die Aufwendungen bis 0,22 Euro/km beihilfefähig. Insgesamt sind Fahrkosten nur soweit beihilfefähig, als sie den Betrag von 10 Euro je einfache Fahrt übersteigen.

Bei zahntechnischen Leistungen sind angemessene Material- und Laborkosten zu 60 Prozent beihilfefähig.

Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

Bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres sind die Kosten zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes nicht nur geringfügig gefährden, erstattungsfähig. Bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres bzw. bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres sind einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach Maßgabe besonderer Richtlinien erstattungsfähig. Bei Personen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr werden die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit erstattet. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.

Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig bei medizinischer Notwendigkeit, nicht jedoch, wenn der Anlass eine private Auslandsreise ist.

Die Aufwendungen einer Jugendgesundheitsuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und 14. Lebensjahr bzw. innerhalb der Toleranzgrenze von zwölf Monaten vor oder nach diesem Zeitintervall sind ebenfalls beihilfefähig.

Aufwendungen bei Geburten

Aus Anlass einer Geburt sind Aufwendungen beihilfefähig für

- Hebamme, ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
- Verband- und Arzneimittel,
- Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten,

- eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu einem bestimmten Höchstbetrag, wenn die Geburt in einer Krankenanstalt erfolgt und ein Kind unter 15 Jahren im Haushalt lebt,
- eine Haus- und Wochenpflegekraft bei einer Hausgeburt oder einer ambulanten Geburt in einer Krankenanstalt (längstens für einen Zeitraum von zwei Wochen nach der Geburt),
- notwendige Fahrten im Zusammenhang mit der Geburt,
- ärztliche Versorgung für das Kind.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch geeignete berufliche Pflegekräfte sind entsprechend der Pflegestufen die Aufwendungen für Pflegebedürftige

- der Pflegestufe 1 bis zu 384 Euro,
- der Pflegestufe 2 bis zu 921 Euro,
- der Pflegestufe 3 bis zu 1.432 Euro

monatlich beihilfefähig. Aufgrund besonderen Pflegebedarfs entstehende höhere Pflegekosten sind unter Berücksichtigung eines angemessenen Selbstbehalts insgesamt bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b BAT beihilfefähig. Im Falle einer Kurzzeitpflege werden für Pflegeaufwendungen bis zu 1.432 Euro erstattet.

Im Falle einer vollstationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommenden pflegebedingten Aufwendungen beihilfefähig. Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens übersteigen und die vollstationäre Pflege nicht nur vorübergehender Art ist. Der Eigenanteil beträgt:

70 Prozent

- des Einkommens bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige
- des Einkommens bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen

40 Prozent

- des um 511 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen
- der um 383 Euro verminderten Bezüge bei Versorgungsempfänger/inne/n mit einem Angehörigen

35 Prozent

- des um 511 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit mehreren Angehörigen
- der um 383 Euro verminderten Bezüge bei Versorgungsempfänger/inne/n mit mehreren Angehörigen.

Einkommen sind die monatlichen Dienst- oder Versorgungsbezüge – ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und die veränderlichen Bezügebestandteile – sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversicherung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten und dessen Arbeitseinkommen. Als Angehörige gelten nur der Ehegatte und die berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

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

Aufwendungen im Todesfall

Beihilfefähig sind:

■ die beihilfefähigen Aufwendungen, die bis zum Tod des Beihilfeberechtigten entstanden sind, und zwar sowohl für ihn selbst als auch für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten und für die Kinder, die im Familienzuschlag nach dem BBesG berücksichtigungsfähig sind,

■ Aufwendungen im Todesfall.

Zu den Kosten für Leichenschau, Sarg, Einsargung, Aufbahrung, Einäscherung, Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsortes, die Beisetzung, das Anlegen einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal wird eine Beihilfe bis zu 665 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zu 435 Euro gewährt, wenn Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind. Stehen für den Sterbefall Sterbe- oder Bestattungsgelder aufgrund von Rechtsvorschriften bzw. arbeitsvertraglichen Vereinbarungen oder Schadenersatzansprüchen von insgesamt 1.000 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 333 Euro, in Sterbefällen von Kindern 218 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.000 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt. Daneben sind die Aufwendungen beihilfefähig für

■ Überführung der Leiche oder Urne vom Sterbeort zu dem Ort, an dem der Verstorbene zuletzt seine Wohnung hatte (für Sterbefälle im Ausland gelten Sondervorschriften),

■ Familien- und Haushaltshilfen bis zur Dauer von längstens zwölf Monaten nach dem Tod des den Haushalt allein führenden Elternteils, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Mecklenburg-Vorpommern

Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen werden nach den für die Beamtinnen und Beamten des Bundes geltenden Vorschriften gewährt. Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung sind nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht

■ für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bisher ergänzend zur Regelung bezüglich stationärer Wahlleistungen versichert waren oder die mit Rücksicht auf das bisher geltende Beihilferecht keinen Anlass zur Versicherung stationärer Wahlleistungen hatten und ohne ihr Verschulden und entgegen ihrer erkennbar gewordenen Absicht aus anderen als finanziellen Gründen

a) keinen oder keinen vollständigen Versicherungsschutz für stationäre Wahlleistungen oder

b) keinen oder keinen vollständigen, dem neuen Beihilferecht angepassten Krankenversicherungsschutz unter Ausschluss stationärer Wahlleistungen erhalten können;

■ bei Aufwendungen für Wahlleistungen in den Fällen, in denen Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige vor Inkraft-Treten der Neuregelungen (1. September 2003)

- a) die Behandlung bereits begonnen haben,
- b) wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten Wahlleistungen eines bestimmten Arztes in Anspruch genommen haben, soweit derselbe Arzt die Behandlung fortsetzt, oder
- c) wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten Wahlleistungen in Anspruch genommen haben und in denen die Behandlung aufgrund eines bei Beendigung des früheren Behandlungsabschnitts bestehenden Behandlungsplans bis zu seinem Abschluss fortgesetzt wird.

In den beiden letztgenannten Fällen muss die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt haben, es sei denn, dass eine sofortige stationäre Behandlung geboten war.

Niedersachsen

Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfänger/innen erhalten nach den für die Beamten und Versorgungsempfänger/innen des Bundes geltenden Vorschriften Beihilfen. Dies gilt nicht bei Aufwendungen für gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen und eine gesondert berechnete Unterkunft bei stationärer Behandlung (Wahlleistungen). Wahlleistungen sind ab 1. Januar 2005 auch für den bis dahin ausgenommenen Personenkreis nicht mehr beihilfefähig. Nur die im Jahr 2004 begonnenen Behandlungen werden noch nach altem Recht abgerechnet.

Nordrhein-Westfalen

Bemessungssätze und Kostendämpfungspauschale

Die Bemessungssätze der Beihilfe entsprechen denen des Bundes.

Die Beihilfe wird um eine so genannte Kostendämpfungspauschale je Kalenderjahr gekürzt. Seit dem 1. Januar 2003 gelten neue Beträge.

Die Beträge werden bei Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert. Für jedes berücksichtigungsfähige Kind vermindert sich die Kostendämpfungspauschale um 60 Euro.

Die Kostendämpfungspauschale bemisst sich bei Ruhestandsbeamten, Richtern im Ruhestand sowie früheren Beamten und Richtern nach dem Ruhegehaltssatz, maximal jedoch 70 Prozent der Pauschalbeträge. Bei Witwen und Witwern beträgt die Kostendämpfungspauschale 60 Prozent des Ruhegehaltssatzes, maximal jedoch 40 Prozent der oben genannten Beträge.

Stufe	Besoldungsgruppen	Betrag
1	A 7 bis A 11	150 Euro
2	A 12 bis A 15, B 1, C 1 und C 2, H 1 bis H 3, R 1	300 Euro
3	A 16, B 2 und B 3, C 3, H 4 und H 5, R 2 und R 3	450 Euro
4	B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	600 Euro
5	Höhere Besoldungsgruppen	750 Euro

Bei Waisen, bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie bei Beihilfeberechtigten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, entfällt die Kostendämpfungspauschale.

Für Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen oder Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit entfällt die Kostendämpfungspauschale ebenfalls.

Beihilfeantrag

Die Gewährung der Beihilfe hängt davon ab, ob die geltend gemachten Aufwendungen einen Betrag von mehr als 100 Euro übersteigen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so wird davon abweichend Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen 15 Euro übersteigen. Bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr müssen die Aufwendungen mindestens das Ein- und eine halbfache der Kostendämpfungspauschale betragen.

Aufwendungen bei Krankheit

Beihilfefähig sind wahlärztliche Leistungen für die Dauer von höchstens 30 Tagen im Kalenderjahr abzüglich eines Betrages von 10 Euro täglich. Die Zweibettzimmerzuschläge werden nur noch in der zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbarten Höhe anerkannt.

Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten sind unter bestimmten Voraussetzungen bis zu 39 Euro täglich beihilfefähig, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung den Haushalt nicht weiterführen kann oder sich zu Hause befindet und durch die Hilfe eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird.

Soweit Fahrkosten als beihilfefähig anerkannt werden, werden bei Fahrten mit der Deutschen Bahn die Kosten bis zur Höhe des Bundesbahntarifs Sparpreis 25 (Rabattsatz 25 Prozent) erstattet.

Sanatoriumsbehandlung

Fahrkosten werden bei einer einfachen Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsort bis 50 km pauschal mit 50 Euro, bei einer Entfernung von mehr als 50 km pauschal mit 100 Euro als beihilfefähig anerkannt.

Aufwendungen für eine Heilkur

Zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung wird ein Zuschuss von bis zu 20 Euro täglich und für anerkannte Begleitpersonen von 15 Euro täglich gewährt. Der formlose Antrag muss bei der Festsetzungsstelle mindestens zwölf Wochen vorher unter Beifügung einer ärztlichen Bescheinigung eingereicht werden.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege beihilfefähig. Je nach Pflegestufe sind für häusliche Pflege Aufwendungen

- in Pflegestufe 1 bis zu384 Euro,
- in Pflegestufe 2 bis zu921 Euro,
- in Pflegestufe 3 bis zu1.432 Euro

für eine geeignete Pflegekraft monatlich beihilfefähig. In besonderen Pflegefällen können unter Berücksichtigung eines angemessenen Selbstbehalts Kosten bis zu einer Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegekraft erstattet werden. Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind bis zu 2.557 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung zu den Kosten Leistungen erbringt.

Bei stationärer Pflege sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten nicht beihilfefähig, es sei denn, sie übersteigen folgende monatliche Eigenanteile:

70 Prozent

- des Einkommens bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige
- des Einkommens bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen

40 Prozent

- des um 520 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen
- der um 390 Euro verminderten Bezüge bei Versorgungsempfänger/inne/n mit einem Angehörigen

35 Prozent

- des um 520 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit mehreren Angehörigen
- der um 390 Euro verminderten Bezüge bei Versorgungsempfänger/inne/n mit mehreren Angehörigen.

Einkommen sind die monatlichen Dienst- und Versorgungsbezüge – ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und variable Bezügebestandteile –, das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversicherung des Beihilfeberechtigten.

Als Angehörige gelten nur der Ehegatte und die berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

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

Aufwendungen bei Geburten

Zu den Kosten für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird ein Zuschuss von 170 Euro gewährt.

Rheinland Pfalz

Bemessungssätze

Auf Antrag beträgt der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger/innen und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten 80 Prozent, wenn

- das monatliche Gesamteinkommen bei Nichtverheirateten 1.687,26 Euro und bei Verheirateten 1.942,91 Euro nicht übersteigt und

■ der monatliche Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent des Gesamteinkommens übersteigt.

Der Antrag kann nicht rückwirkend gestellt werden. Er ist nur für die Zukunft zulässig. Maßgebende Gesamteinkommen sind die Bruttoversorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendungen, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten, nicht jedoch Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung. Für Versorgungsempfänger/innen und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten, bei denen bis zum 31. Dezember 1997 zur Berechnung der Beihilfe die Sonderregelungen in der bis zum 31. Dezember 1997 geltenden Fassung angewendet werden, beträgt der Bemessungssatz seit dem 1. Januar 1998 80 Prozent, wenn deren laufendes monatliches Familieneinkommen im Zeitpunkt der Antragstellung niedriger als 2.300,81 Euro ist.

Beihilfeantrag

Die Gewährung der Beihilfe muss innerhalb von zwei Jahren nach Entstehung der Aufwendungen beantragt werden, sonst erlöschen die Ansprüche. Beihilfe wird nur gewährt, wenn die beantragten Aufwendungen 100 Euro übersteigen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so kann eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 25 Euro übersteigen.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Beihilfefähig sind Aufwendungen für den Ehegatten des Beihilferechtigten, soweit die Einkünfte des Ehegatten im zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Antrags 20.451,68 Euro nicht übersteigen.

Kostendämpfungspauschale

Die Kostendämpfungspauschale ist nach Besoldungsgruppen wie folgt gestaffelt:

Stufe	Besoldungsgruppen	Betrag
1	A 7 und A 8	100 Euro
2	A 9 bis A 11	150 Euro
3	A 12 bis A15, B 1, C 1 und C 2, H 1 bis H 3, R 1, W 1	300 Euro
4	A 16, B 2 und B 3, C 3, H 4 und H 5, R 2 und R 3, W 2	450 Euro
5	B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7, W 3	600 Euro
6	Höhere Besoldungsgruppen	750 Euro

Die Höhe der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen. Für die Zuordnung zu einem bestimmten Kalenderjahr ist auf das Rechnungsdatum abzustellen. Für bestimmte Personengruppen und Aufwendungen mindert sich die Kostendämpfungspauschale oder entfällt.

Bei Teilzeitbeschäftigten mindert sie sich entsprechend der Arbeitszeit.

Bei Versorgungsempfänger/inne/n bemisst sich die Pauschale nach dem indivi-

duellen Ruhegehaltssatz; sie beträgt maximal 70 Prozent der vollen Pauschale. Bei Witwen und Witwern beträgt sie 55 Prozent des Ruhegehaltssatzes, maximal 40 Prozent der vollen Pauschale. Für die Zuteilung zu den Stufen ist die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Versorgungsbezüge berechnet sind. Für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist, vermindert sich die Pauschale um 40 Euro. Die Pauschale entfällt bei Empfänger/inne/n von Anwärterbezügen, bei Witwen und Witwern im Jahr des Todesfalls, bei Waisen und bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen sowie bei dauernder Pflegebedürftigkeit. Auch für Aufwendungen für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und zur Früherkennung von Krankheiten entfällt die Pauschale. Eigenbeteiligungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen werden nicht zusätzlich erhoben. Auch fällt keine Praxisgebühr an.

Aufwendungen bei Krankheit

Bei stationärer Behandlung sind Wahlleistungen beihilfefähig, wenn der/die Beihilfeberechtigte innerhalb von drei Monaten (z. B. bei Einstellung, bei Übernahme eines Beamten auf Widerruf in das Beamtenverhältnis auf Probe, bei Umwandlung des Beamtenverhältnisses auf Probe in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit) gegenüber der Festsetzungsstelle erklärt hat, Wahlleistungen in Anspruch nehmen zu wollen. Diese Erklärung gilt gleichzeitig als Einverständnis für den Abzug des zu zahlenden Betrages von 13 Euro monatlich von den Bezügen.

Die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden, eine erneute Anspruchsbegründung ist ausgeschlossen, wenn nicht oben genannte Voraussetzungen vorliegen. Aufwendungen, die von Leistungserbringern in Rechnung gestellt werden, obwohl eine Vereinbarung zur Erbringung von Wahlleistungen nicht oder verspätet abgeschlossen wurde, sind nicht beihilfefähig.

Die beihilfefähigen Wahlleistungen umfassen auch wahlärztliche Leistungen wie die Chefarztbehandlung. Die Kosten der Unterbringung werden bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 12,27 Euro täglich erstattet. Die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker für seine beihilfefähigen Leistungen verbrauchten oder nach Art und Umfang vor der Anschaffung schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen sind beihilfefähig.

Aufwendungen für die Beförderung eines Erkrankten bei notwendiger Behandlung zum nächstgelegenen Behandlungsort sind bis zu den Kosten der niedrigsten Beförderungsklasse (unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen) der öffentlichen Verkehrsmittel beihilfefähig, es sei denn, aufgrund des Gesundheitszustandes oder in dringenden Fällen ist eine anderweitige Beförderung erforderlich und der behandelnde Arzt bescheinigt dies.

Aufwendungen für die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel (nicht öffentliche Verkehrsmittel) am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in dessen Einzugsgebiet sind nicht beihilfefähig.

Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen sind nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

Aufwendungen bei Geburten

Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird eine Beihilfe von 153,39 Euro gewährt.

Aufwendungen im Todesfall

Die beihilfefähigen Aufwendungen in Todesfällen umfassen nur die Kosten für die Leichenschau, den Sarg bis zur Höhe der Kosten eines einfachen Eichensarges, die Einsargung, die Aufbahrung, die Überführung der Leiche vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz oder die Überführung zum nächstgelegenen Krematorium, die Einäscherung, die Urne, die Überführung der Urne zur Beisetzungsstelle bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungplatzes für die Urne, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal. Die Kosten für den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungplatzes sind nur bis zu einem Betrag von 255,65 Euro beihilfefähig.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege beihilfefähig. Je nach Pflegestufe sind für häusliche Pflege Aufwendungen

- in Pflegestufe 1 bis zu384 Euro,
- in Pflegestufe 2 bis zu921 Euro,
- in Pflegestufe 3 bis zu1.432 Euro

für eine geeignete Pflegekraft monatlich beihilfefähig. In besonders gelagerten Einzelfällen können zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe 3 weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebs-erkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss. In besonderen Pflegefällen können unter Berücksichtigung eines angemessenen Eigenbehalts Kosten bis zu einer Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegekraft erstattet werden.

Bei stationärer Pflege sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten nicht beihilfefähig, es sei denn, sie übersteigen folgende monatliche Eigenanteile:

70 Prozent

- des Einkommens bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige
- des Einkommens bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen

40 Prozent

- des um 511,29 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen
- der um 357,90 Euro verminderten Bezüge bei Versorgungsempfänger/inne/n mit einem Angehörigen

35 Prozent

- des um 511,29 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit mehreren Angehörigen
- der um 357,90 Euro verminderten Bezüge bei Versorgungsempfänger/inne/n mit mehreren Angehörigen.

Einkommen sind die monatlichen Dienst- und Versorgungsbezüge – ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und variable Bezügebestandteile – sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversicherung des Beihilfeberechtigten. Als Angehörige gelten nur der Ehegatte und die berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionen werden als Beihilfe gezahlt. Daneben sind auch die notwendigen Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen beihilfefähig. Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind bis zu 2.557 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung zu den Kosten Leistungen erbringt. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Saarland

Die saarländischen Beihilfavorschriften wurden zum 1. August 2003 geändert.

Beihilfeantrag

Beihilfe wird nur gewährt, wenn die beantragten Aufwendungen 100 Euro übersteigen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so kann eine Beihilfe dennoch beantragt werden. Die Beihilfe wird auf volle Euro abgerundet.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten im Kalenderjahr vor Antragstellung 15.339 Euro übersteigt. In Ausnahmefällen kann Beihilfe gewährt werden.

Für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei Heilmaßnahmen werden im Einzelfall nur Kosten für Materialien, Stoffe und Medikamente erstattet, die dem behandelnden Angehörigen im Rahmen dieser Versorgung entstehen und die nachgewiesen sind. Nahe Angehörige sind: Ehegatte, Kinder, Eltern, Großeltern, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Behandelten. Für die vorübergehende Krankenpflege durch nahe Angehörige gilt das Gleiche wie in den Beihilfavorschriften des Bundes.

Aufwendungen bei Krankheit

Aufwendungen für Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) bei stationärer Behandlung sind nicht beihilfefähig. Der Selbstbehalt für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen (bisher 2,56 Euro) wurde wie folgt erhöht:

- 4 Euro bei einem Apothekenabgabepreis bis 16 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
- 4,50 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von 16,01 Euro bis 26 Euro
- 5 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 26 Euro.

Der Betrag ist nicht abzuziehen bei

- Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- Schwangeren bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Geburt,
- Empfänger/innen von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des Mindestruhegehaltes und bei ihnen berücksichtigungsfähige Personen,
- dauerhaft Pflegebedürftige bei vollstationärer Pflege.

Im Falle einer Krankenhausbehandlung gilt ein Selbstbehalt bei Personen über 18 Jahren von 9 Euro je Kalendertag für längstens 14 Kalendertage innerhalb eines Kalenderjahres.

Zum 1. Juli 2003 wurde die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Brillenfassungen abgeschafft und für Heilbehandlungen wie Massagen, Krankengymnastik, Fango usw. ein Eigenanteil von 15 Prozent eingeführt.

Aufwendungen für die Beförderung eines Erkrankten bei notwendiger Behandlung zum nächstgelegenen Behandlungsort sind bis zu den Kosten der niedrigsten Beförderungsklasse (unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen) der öffentlichen Verkehrsmittel beihilfefähig, es sei denn, aufgrund des Gesundheitszustandes oder in dringenden Fällen ist eine anderweitige Beförderung erforderlich und der behandelnde Arzt bescheinigt dies. Aufwendungen für die Benutzung privater Personenkraftwagen sind nur in Höhe des im Saarländischen Reisekostengesetz festgelegten Betrages beihilfefähig.

Von den Beförderungskosten ist ein Eigenanteil von 12,80 Euro je einfache Fahrt in Abzug zu bringen.

Sanatorium und Heilkur

Bei einer Sanatoriumsbehandlung wurde ein täglicher Selbstbehalt von 9 Euro eingeführt. Bei Heilkuren sind für Unterkunft und Verpflegung bis 10 Euro und für die Begleitperson bis 7 Euro beihilfefähig.

Aufwendungen im Todesfall

In Todesfällen wurden die Pauschalen für Erwachsene auf 525 Euro und für Kinder auf 225,50 Euro reduziert.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Je nach Pflegestufe sind bei dauernder Pflegebedürftigkeit für häusliche oder teilstationäre Pflege Aufwendungen

- in Pflegestufe 1 bis zu384 Euro,
- in Pflegestufe 2 bis zu921 Euro (teilstationär: 767 Euro),
- in Pflegestufe 3 bis zu1.432 Euro (teilstationär: 1.074 Euro)

für eine geeignete Pflegekraft monatlich beihilfefähig. In besonders gelagerten Einzelfällen können zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich ge-

währt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe 3 weit übersteigt. Werden aufgrund eines besonderen Pflegeaufwands höhere Aufwendungen zwingend notwendig, so kann zur Vermeidung einer Notlage eine Beihilfe bis zur Höhe dieser Aufwendungen gewährt werden.

Bei teilstationärer Pflege in einer Pflegeeinrichtung kann zusätzlich zu den Beihilfen eine anteilige Pauschalbeihilfe gewährt werden, wenn der jeweilige Höchstsatz nicht ausgeschöpft ist.

Bei stationärer Pflege sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten nicht beihilfefähig, es sei denn, sie übersteigen folgende monatliche Eigenanteile:

70 Prozent

- des Einkommens bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige
- des Einkommens bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen

40 Prozent

- des um 511 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen
- der um 383 Euro verminderten Bezüge bei Versorgungsempfänger/inne/n mit einem Angehörigen

35 Prozent

- des um 511 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit mehreren Angehörigen
- der um 383 Euro verminderten Bezüge bei Versorgungsempfänger/inne/n mit mehreren Angehörigen.

Einkommen sind die monatlichen Dienst- und Versorgungsbezüge – ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und variable Bezügebestandteile – sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversicherung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen sozialversicherungspflichtigen Arbeitseinkommens. Als Angehörige gelten nur der Ehegatte und die berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionen werden als Beihilfe gezahlt. Daneben sind auch die notwendigen Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen beihilfefähig. Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind bis zu 2.556 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung zu den Kosten Leistungen erbringt.

Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Sachsen

Es gelten die Beihilfevorschriften des Bundes (BhV).

Sachsen-Anhalt

Es gelten die Beihilfevorschriften des Bundes (BhV).

Schleswig-Holstein

Ab dem 1. Januar 2005 wird in Schleswig-Holstein Beihilfe auf der Grundlage einer neuen Beihilfeverordnung gewährt.

Die errechnete Beihilfe je Kalenderjahr, in dem die Aufwendungen entstanden sind, wird um einen Selbstbehalt gekürzt, der nach sozialen Gesichtspunkten festgelegt ist:

Selbstbehalt

Stufe	Besoldungsgruppen	Betrag
1	A 2 bis A 6	50 Euro
2	A 7 bis A 9	100 Euro
3	A 10 und A 11	150 Euro
4	A 12 bis A 15, B 1 C 1 und C 2, W 1 und W 2 R 1, H 1, H 2 und H 3	200 Euro
5	A 16, B 2 und B 3, C 3, W 3, R 2 und R 3, H 4	300 Euro
6	B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	400 Euro
7	Höhere Besoldungsgruppen	500 Euro

Die Selbstbehalte vermindern sich bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern auf 70 Prozent. Die Beträge vermindern sich bei Hinterbliebenen auf 60 Prozent von 70 Prozent (= 42 Prozent), bei Waisen auf 12 Prozent von 70 Prozent (= 8,4 Prozent).

Die Beträge reduzieren sich für jedes im Familienzuschlag berücksichtigte Kind um 25 Euro.

Der Selbstbehalt beträgt mindestens 50 Euro (Mindestselbstbehalt). Bei der Stufe 1 (Bes.Gr A 2 - A 6) wird kein Mindestselbstbehalt einbehalten.

Die Mindestsumme der geltend gemachten Aufwendungen für einen Beihilfeantrag beträgt 100 Euro (bisher 200 Euro).

Sehhilfen sind eingeschränkt beihilfefähig (Pauschalierung je nach Einstärkengläser oder Mehrstärkengläser) einschließlich der Fassungen (Festbetrag für die Fassung 20 Euro).

Implantationen im Kieferbereich sind eingeschränkt beihilfefähig (bis zu zwei Implantate je Kieferhälfte, Pauschalierung je beihilfefähigem Implantat, Honorar 480 Euro, Material- und Laborkosten 500 Euro).

Die Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner von Beihilfeberechtigten, die sich in einer nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) eingetragenen Lebenspartnerschaft befinden, sind zukünftig berücksichtigungsfähig.

Thüringen

Es gelten die Beihilfavorschriften des Bundes (BhV).

