



# PERSONALBLATT

*Freie Universität Berlin*

---

Nummer 6/2004

12. Juli 2004

---

Inhalt: Rundschreiben über Beihilfevorschriften

---

Herausgeber: Das Präsidium der Freien Universität Berlin, Kaiserswerther Str. 16 – 18, 14195 Berlin  
Redaktion: Abteilung Personal- und Finanzwesen – I 1 – Tel.: (838) 532 07  
Auflage: 500 Exemplare

Der Versand erfolgt auch über eine Adressdatei, die mit Hilfe der automatisierten Datenverarbeitung geführt wird (§ 10 Berliner Datenschutzgesetz).

## **Beihilfavorschriften**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachstehend geben wir auszugsweise, d. h. ohne die Beihilfavorschriften für Bundesbedienstete im Ausland die Veröffentlichung der Senatsverwaltung für Inneres (ABl. Nr. 25 vom 28.05.2004) bekannt.

Die Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) können Sie im Internet unter

**[www.bmi.bund.de](http://www.bmi.bund.de)**

abrufen.

Mit freundlichen Grüßen

Adolphs

# Rundschreiben über Beihilfevorschriften

Vom 11. Mai 2004

Inn I A 35

Telefon: 90 27 – 22 11 oder 90 27 – 0, intern 9 27 – 22 11

Im Hinblick auf § 44 LBG gebe ich die nachstehenden Rundschreiben des Bundesministeriums des Inneren mit der Bitte um Beachtung bekannt:

- I. **Rundschreiben** des Bundesministeriums des Inneren vom 10. März 2004  
– D I 5 – 213 100 – 1/13 – (GMBI. S. 545):

## Beihilfevorschriften des Bundes (BhV)

Bezug: Meine RdSchr. vom 18.12.2003 und 30.01.2004  
- D I 5 – 213 100 – 1/14

Die seit Jahresanfang geltenden Änderungen der BhV verweisen bezüglich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen verstärkt auf Vorgaben und Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung). Damit rücken leistungsrechtliche Vorgaben des Kassenrechts verstärkt in das Blickfeld der Festsetzungsstellen als maßgebende und fortan bei der Festsetzung zu beachtende Vorgaben. Die stärkere Orientierung des Beihilferechts seit der Siebenundzwanzigsten allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfevorschriften vom 17. Dezember 2003 (veröffentlicht im GMBI 2004 S. 277) sowie der ergänzenden Achtundzwanzigsten allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfevorschriften vom 30. Januar 2004 (veröffentlicht im GMBI S. 379) an dem SGB V erfordert eine umfangreiche Revision der Hinweise zu den BhV. Bis zu dieser Hinweisänderung gelten folgende Empfehlungen:

### 1. Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch Podologen (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 BhV):

Der beihilferechtlich anerkannte Behandlerkreis der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe wurde um die Personengruppe der Podologen ergänzt.

Entsprechend der geänderten Heilmittel-Richtlinien vom 21.06.2002 (BAnz. S. 22 478) sind Aufwendungen der medizinischen Fußpflege/Podologischen Therapie, die der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß infolge Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom) dienen, beihilfefähig. Hierzu zählen Schädigungen der Haut und der Zehennägel bei nachweisbaren Gefühls- und/oder Durchblutungsstörungen der Füße (Makro-, Mikroangiopathie, Neuropathie, Angioneuropathie). Die Höhe der Erstattung wird von den verschiedenen Kassen mit den Leistungserbringern regional ausgehandelt. Im Vorgriff auf eine entsprechende Ergänzung der Hinweise zu den BhV und Aufnahme in das Leistungsverzeichnis für Heilbehandlungen sollten Aufwendungen durch Podologen bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ bis zu folgenden Beträgen als beihilfefähig anerkannt werden:

Lfd.-Nr.	Leistung	Betrag in Euro
1	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
2	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
3	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
4	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
5	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
6	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
7	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
8	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der Lfd. Nr. 7 abrechenbar); je Person	3,50
9	Wegegeld (Fahrkosten) je Kilometer	0,28

## 2. Beihilfefähige Fahrtkosten (§ 6 Abs. 1 Nr. 9)

- Zu Buchstabe d

Die Fahrtkostenbegrenzung von 200 Euro gilt je einfache Fahrt (Hinfahrt oder Rückfahrt) und Person.

- Zu Buchstabe e

Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung können in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig sein. Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Genehmigung der Festsetzungsstelle. Vorerst empfiehlt es sich, für die Beurteilung eines „Ausnahmefalles“ die vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen definierten Kriterien im § 8 Abs. 2 und 3 der Krankentransport-Richtlinien i.d.F. vom 22. Januar 2004, veröffentlicht im BAnz. Nr. 18 (S. 1342) vom 28.01.2004, zu Grunde zu legen. Danach sind besondere Ausnahmefälle insbesondere: Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie oder onkologische Chemotherapie. Dies gilt ferner für Fahrten zur ambulanten Behandlung von Personen, die im Schwerbehindertenausweis die Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 vorlegen.

In anderen Fällen der Beantragung von Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen wäre von der Festsetzungsstelle auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung zu prüfen, ob ein vergleichbarer Schweregrad und eine vergleichbare Behandlungsintensität der Erkrankung vorliegen.

## 3. Künstliche Befruchtung (§ 6 Abs. 1 Nr. 13)

Sofern die Behandlung (der erste Versuch) im Jahr 2003 begonnen und die Maßnahme im Jahr 2004 fortgeführt wurde, ist nach altem Recht (den bis zum 31.12.2003 geltenden Beihilfevorschriften) zu verfahren.

Nach der Neuregelung des § 6 Abs. 1 Nr. 13 BhV i.V.m. § 27a SGB V sind 50 v.H. der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig. Von diesem Betrag ist unter Anwendung des individuellen Bemessungssatzes die Beihilfe zu errechnen. Weitere Einzelheiten bleiben den Hinweisen vorbehalten.

## 4. Mutter/Vater-Kind-Kuren (§ 8 Abs. 7 BhV)

Die für Heilkuren typische Begrenzung (nur für Beamte etc. mit Dienstbezügen usw. beihilfefähig) besteht nicht. Die sinngemäße Geltung der Absätze 3 und 4 des § 8 BhV bedeutet in Verbindung mit § 41 SGB V:

Die Bewilligung dieser Rehabilitationskur (die grundsätzlich stationär durchgeführt wird) setzt voraus, dass der Amts- oder Vertrauensarzt die Kurbedürftigkeit (im Sinne einer medizinischen Notwendigkeit) der Mutter/des Vaters bestätigt hat. Kinder können mitkuren, wenn der Amts- oder Vertrauensarzt bestätigt, dass auch sie behandlungsbedürftig sind.

Für Kinder, die bei Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen in die Einrichtung mit aufgenommen werden, gleichwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind Aufwendungen (neben den Aufwendungen für die Mutter/den Vater) beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z.B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter/Vater und Kind wegen bes. familiärer Verhältnisse oder dem Alter des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). Aufwendungen für das Kind sind der Mutter bzw. dem Vater zuzurechnen, Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung können bis zu den Höchstsätzen nach Absatz 2 Nummer 2 als beihilfefähig anerkannt werden.

## 5. Eigenbehalte, Belastungsgrenzen (§ 12 BhV)

- Zu Absatz 1:

*Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a:*

Bei Aufwendungen für Harn- und Blutteststreifen und für beim Arzt/Zahnarzt verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die dieser in seiner Rechnung aufführt, sind keine Eigenbehalte (Abzugsbeträge) anzusetzen.

*Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b:*

Bei Aufwendungen für Reparatur und Betrieb sowie der Unterhaltung von Hilfsmitteln sind keine Eigenbehalte (Abzugsbeträge) anzusetzen. Der Eigenbehalt gilt bei Anschaffung (ggf. Miete, hier nur einmalig für die erste Miete) und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen um 10 vom Hundert der Kosten, höchstens um 10 € für den Monatsbedarf je Indikation. Sofern aus der ärztlichen Verordnung nichts anderes hervorgeht, sollte die in der Verordnung angegebene Stückzahl als „Monatsbedarf“ angesehen werden. Der Monatsbedarf ist auf den Kalendermonat zu beziehen.

*Satz 1 Nummer 3:*

Der Abzugsbetrag für die vorübergehende häusliche Krankenpflege (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 BhV) ist begrenzt auf 28 Tage je Kalenderjahr. Bei einem erneuten Krankheitsfall im selben Kalenderjahr werden deshalb keine Abzugsbeträge mehr in Ansatz gebracht.

Wenn häusliche Krankenpflege (mit Eigenbehalt nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 BhV) mit Behandlungspflege (kein Eigenbehalt nach § 12 BhV) zusammentrifft und der jeweilige anteilmäßige Aufwand nicht aus der ärztlichen Verordnung hervorgeht, sollte der Höchstbetrag (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 4 BhV) jeweils hälftig auf beide Leistungsarten aufgeteilt werden.

*Satz 2:*

Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V (sog. „Praxisgebühr“, z.B. bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, freiwillig ges. Versicherten) sowie gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen befreien nicht von Eigenbehalten (Abzugsbeträgen) nach § 12 Abs. 1 Satz 1 und 2 BhV.

*Satz 3 Buchstabe d:*

Hilfsmittel, für die ein Höchstbetrag festgelegt ist (z.B. Hörgeräte, Perücken), unterliegen keinem Abzugsbetrag/Eigenbehalt. Diese Ausnahme gilt nicht für Hilfsmittel, für die lediglich ein sog. „Eigenanteil“ ausgewiesen ist (z.B. bei orthopädischen Maßschuhen).

• **Zu Absatz 2:**

Eine Befreiung von Eigenbehalten (Abzugsbeträgen) nach Absatz 1 wegen Überschreitens der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres. Bei „Altfällen“, in denen bisher eine „Dauerbefreiung“ bestand, wäre darauf hinzuweisen, dass ab dem Jahr 2004 ein Antrag auf Befreiung ggf. (jährlich) wieder neu gestellt werden müsste.

Überschreitet die Summe der Eigenbehalte (nach Absatz 1) des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Belastungsgrenze von 2 v.H., so sind auf Antrag für das restliche Kalenderjahr weder für den Beihilfeberechtigten noch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen weitere Abzugsbeträge von den Aufwendungen von der Festsetzungsstelle anzusetzen. Auch im Fall der Anwendung des Eigenbehalts von 1 v.H. bei chronisch Kranken, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, werden bei der Prüfung einer möglichen Überschreitung der Belastungsgrenze alle Selbstbehalte des Beihilfeberechtigten sowie der berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen gerechnet. Wird die Belastungsgrenze erreicht, so gilt im Kassenbereich – nach Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung – auch wenn nur ein Familienmitglied „chronisch krank“ ist, eine Belastungsgrenze von 1 v.H. für die gesamte Familie. Es empfiehlt sich, im Beihilfebereich nicht anders zu verfahren.

Zu viel abgezogene Beträge (Eigenbehalte) werden bei Befreiung zurückgezahlt.

Bei der Ermittlung des für das Erreichen der Belastungsgrenze maßgeblichen Einkommens wird das Einkommen des Ehegatten nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Bei verheirateten Beihilfeberechtigten vermindert sich das Einkommen um 15 v.H. und für jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um den sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes (EStG) ergebenden Betrag. Nach derzeitiger Rechtslage wäre das ein Betrag von 2.904 Euro. Dieser Betrag verdoppelt sich bei Ehegatten, die zusammen zur Einkommensteuer veranlagt werden, wenn das Kind zu beiden Ehegatten in einem Kindschaftsverhältnis steht.

Die BhV definieren den Begriff „chronisch Kranke“ nicht näher. Vorerst empfiehlt es sich deshalb, auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen definierten Kriterien im § 2 der „Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V“ i.d.F. vom 22. Januar 2004, veröffentlicht im BAnz. Nr. 18 (S. 1343) vom 28.12.2003, zurückzugreifen. Die Feststellung, dass Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige an einer chronischen Krankheit i.S.d. Richtlinie leiden, sollte nach Vorlage entsprechender Belege gemäß § 3 der Richtlinie von der Festsetzungsstelle getroffen werden.

## 6. Sehhilfen (Anlage 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV)

- **Zu Nummer 11:**

Nummer 11 soll für die Beihilfefähigkeit von Sehhilfen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres maßgeblich sein.

- **Zu Nummer 12:**

### Satz 1

Nummer 12 Satz 1 soll für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige nach Vollendung des 18. Lebensjahres unter Beachtung der Höchstsätze nach Nummer 11 maßgeblich sein, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifizierung des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge maximal 0,3 beträgt.

In der ICD-10-Klassifikation (ICD-10-GM-Version 2004, Kapitel VII, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, z.B. abrufbar auf der Website des DIMDI [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) wird der Kodierungsschlüssel der in den Buchstaben a bis d genannten Erkrankungen erläutert:

### **H 54.0 Blindheit beider Augen**

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

### **H 54.1 Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges**

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines Auges, Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des anderen Auges.

### **H 54.2 Sehschwäche beider Augen**

Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

Der Begriff „Sehschwäche“ in der Kategorie H 54 schließt die Stufen 1 und 2 der nachfolgenden Tabelle ein, der Begriff „Blindheit“ die Stufen 3, 4, 5. Wenn die Größe des Gesichtsfeldes mitberücksichtigt wird, sollten Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als 10 Grad, aber größer als 5 Grad ist, in die Stufe 3 eingeordnet werden; Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als 5 Grad ist, sollten in die Stufe 4 eingeordnet werden, auch wenn die zentrale Sehschärfe nicht herabgesetzt ist.

Bezeichnung gemäß ICD 10	Stufen der Sehbeeinträchtigung gemäß WHO	Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur	
		Maximum weniger als:	Minimum bei oder höher als:
Sehschwäche	1	6/18 3/10 (0,3) 20/70	6/60 1/10 (0,1) 20/200
Sehschwäche	2	6/60 1/10 (0,1) 20/200	3/60 1/20 (0,05) 20/400
Blindheit	3	3/60 1/20 (0,05) 20/400	1/60 (Fingerzählen bei 1m) 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)
Blindheit	4	1/60 (Fingerzählen bei 1m) 1/50 (0,02) 5/300	<b>Lichtwahrnehmung</b>
Blindheit	5	<b>Keine Lichtwahrnehmung</b>	

Eine schwere Sehbehinderung, die zu einer Versorgung zu Lasten der Beihilfe führen kann, liegt somit nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) auf jedem Auge bei bestmöglicher Korrektur trotz Verwendung von Sehhilfen jeglicher Art maximal 0,3 beträgt.

Besteht bei bestmöglicher Korrektur auf einem Auge ein Sehleistung von  $\leq 0,3$  (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen bei bestmöglicher Korrektur eine Sehleistung von  $> 0,3$  (größer als 30 %), besteht kein Leistungsanspruch für Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsanspruch nicht aus.

Bei erneuter Beschaffung einer Sehhilfe ist immer eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Indikation (Diagnoseschlüssel H 54.0 bis H.54.2) muss auf der Verordnung angegeben sein, eine Angabe von Dioptrin ist nicht notwendig.

**Satz 2:**

Nummer 12 Satz 2 soll – altersunabhängig – für alle Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten. Es gelten die für Hilfsmittel vorgesehenen Abzugsbeträge

Gemäß § 33 Abs. 1 Satz 3 SGB V bestimmt der Gemeinsame Bundesausschluss, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden können (siehe Bekanntmachung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über einen Beschluss zur Änderung der Richtlinien über die Versorgung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien) vom 1. Dezember 2003, veröffentlicht im BAnz. Nr. 20 (S. 1523) vom 30.01.2004). Diese Vorgaben sollten auch für die Beihilfefähigkeit berücksichtigt werden.

**II. Rundschreiben** des Bundesministeriums des Innern vom 17. März 2004  
– D I 5 – 213 109 – 3/1 – (GMBl. S. 551):

**Beihilfevorschriften des Bundes (BhV)**

**hier: Durchführungshinweise**

Der nach Hinweis 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 7 BhV maßgebende Höchstsatz beläuft sich ab 1. Mai 2004 auf **3.347,04 Euro**.