

Geltende Textfassung		Änderungen der 10. ÄndVO BBhV	
Änderungen durch Artikel 1			
Inhaltsübersicht			
Kapitel 1			
Allgemeine Vorschriften			
§ 5	Konkurrenzen	§ 5	Konkurrenzen
§ 6	Beihilfefähigkeit von Aufwendungen	§ 6	Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
§ 11	Aufwendungen im Ausland	§ 11	Aufwendungen im Ausland
Kapitel 2			
Aufwendungen in Krankheitsfällen			
Abschnitt 1			
Ambulante Leistungen			
§ 13	Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern	§ 13	Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern
§ 18	Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akuttherapie	§ 18	Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akuttherapie <u>Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen</u>
§ 18a	Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie	§ 18a	Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie
Abschnitt 2			
Sonstige Aufwendungen			
§ 22	Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte	§ 22	Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte
§ 23	Heilmittel	§ 23	Heilmittel
§ 24	Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen	§ 24	Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen
§ 25	Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke	§ 25	Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
		§ 25a	<u>Digitale Gesundheitsanwendungen</u>
§ 26	Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern	§ 26	Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern
§ 26a	Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern	§ 26a	Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern
		§ 26b	<u>Übergangspflege im Krankenhaus</u>
§ 27	Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	§ 27	Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit
		§ 27a	<u>Außerklinische Intensivpflege</u>
§ 28	Familien- und Haushaltshilfe	§ 28	Familien- und Haushaltshilfe
§ 31	Fahrtkosten	§ 31	Fahrtkosten

Geltende Textfassung		Änderungen der 10. ÄndVO BBhV	
Abschnitt 3 Rehabilitation			
§ 33	Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten	§ 33	Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten
§ 34	Anschlussheil- und Suchtbehandlungen	§ 34	Anschlussheil- und Suchtbehandlungen
§ 35	Rehabilitationsmaßnahmen	§ 35	Rehabilitationsmaßnahmen
§ 36	Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen	§ 36	Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen
Kapitel 3 Aufwendungen in Pflegefällen			
§ 37	Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen	§ 37	Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen
§ 38c	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	§ 38c	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson <u>Verhinderungspflege, Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson</u>
§ 38g	Pflegehilfsmittel mit Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	§ 38g	Pflegehilfsmittel, mit Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, <u>digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen</u>
§ 39	Vollstationäre Pflege	§ 39	Vollstationäre Pflege
§ 39b	Aufwendungen bei Pflegegrad 1	§ 39b	Aufwendungen bei Pflegegrad 1
§ 40	Palliativversorgung	§ 40	Palliativversorgung
Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen			
§ 41	Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen	§ 41	Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
§ 42	Schwangerschaft und Geburt	§ 42	Schwangerschaft und Geburt
§ 43	Künstliche Befruchtung	§ 43	Künstliche Befruchtung
§ 45a	Organspende und andere Spenden	§ 45a	Organspende und andere Spenden
§ 45b	Klinisches Krebsregister	§ 45b	Klinisches Krebsregister
Kapitel 5 Umfang der Beihilfe			
§ 46	Bemessung der Beihilfe	§ 46	Bemessung der Beihilfe
§ 47	Abweichender Bemessungssatz	§ 47	Abweichender Bemessungssatz
§ 48	Begrenzung der Beihilfe	§ 48	Begrenzung der Beihilfe
§ 49	Eigenbehalte	§ 49	Eigenbehalte
§ 50	Belastungsgrenzen	§ 50	Belastungsgrenzen

Geltende Textfassung		Änderungen der 10. ÄndVO BBhV	
Kapitel 6			
Verfahren und Zuständigkeit			
§ 51	Bewilligungsverfahren	§ 51	Bewilligungsverfahren
§ 54	Antragsfrist	§ 54	Antragsfrist
§ 55	Geheimhaltungspflicht	§ 55	Geheimhaltungspflicht
§ 56	Festsetzungsstellen	§ 56	Festsetzungsstellen
Kapitel 7			
Übergangs- und Schlussvorschriften			
§ 58	Übergangsvorschriften	§ 58	Übergangsvorschriften

Kapitel 1	Kapitel 1
Allgemeine Vorschriften	Allgemeine Vorschriften
§ 5	§ 5
Konkurrenzen	Konkurrenzen
<p>(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis oder ein Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte schließt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs sowie 2. die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 <p>aus.</p>	<p>(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis oder ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte schließt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs sowie 2. die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 <p>aus.</p> <p><u>Die Beihilfeberechtigung aus einem neuen Dienstverhältnis schließt die Beihilfeberechtigung aus einem bereits bestehenden Dienstverhältnis aus.</u></p>
<p>(2) Die Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsbezugs schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsansprüche sowie als berücksichtigungsfähige Person aus. Satz 1 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(3) Absatz 1 Nummer 2 und Absatz 2 Satz 1 gelten nicht, wenn eine berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1, deren Aufwendungen auch nach § 6 Absatz 2 beihilfefähig sind,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mit einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 in häuslicher Gemeinschaft am Auslandsdienstort lebt und 2. auf den eigenen Anspruch aus der Beihilfeberechtigung verzichtet. <p>Der Verzicht ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(4) Die Beihilfeberechtigung auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs und 2. der Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 <p>vor. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu</p>	<p>unverändert</p>

quotelnde Beihilfeanspruch dar.	
<p>(5) Absatz 4 ist nicht anzuwenden bei privat krankenversicherten Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern, die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine Teilzeitbeschäftigung als Tarifbeschäftigte im öffentlichen Dienst ausüben und 2. auf Grund ihres dienstrechtlichen Status weder einen Beitragszuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten noch nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig sind. 	unverändert
<p>(6) Ein Kind wird bei der beihilfeberechtigten Person berücksichtigt, die den Familienzuschlag für das Kind erhält. Beihilfeberechtigt im Sinne von Satz 1 sind auch Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe haben, der in seinem Umfang dem Anspruch nach dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar ist, unabhängig von der jeweiligen Anspruchsgrundlage. Familienzuschlag für das Kind im Sinne von Satz 1 sind die Leistungen nach den §§ 39, 40 und 53 des Bundesbesoldungsgesetzes oder vergleichbare Leistungen, die im Hinblick auf das Kind gewährt werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung haben.</p>	unverändert
§ 6	§ 6
Beihilfefähigkeit von Aufwendungen	Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
<p>(1) Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Beihilfeberechtigung besteht oder 2. die Voraussetzungen für die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 erfüllt sind. <p>Die Aufwendungen gelten als zu dem Zeitpunkt entstanden, zu dem die sie begründende Leistung erbracht wird.</p>	unverändert
<p>(2) Aufwendungen einer nach § 4 Absatz 1 berücksichtigungsfähigen Person sind beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) einschließlich vergleichbarer</p>	<p>(2) Aufwendungen einer nach § 4 Absatz 1 berücksichtigungsfähigen Person sind beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) einschließlich vergleichbarer ausländischer Einkünfte oder der</p>

<p>ausländischer Einkünfte oder der Gesamtbetrag ihrer vergleichbaren ausländischen Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20 000 Euro nicht übersteigt. Sind die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr geringer, sind Aufwendungen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners unter Vorbehalt bereits im laufenden Kalenderjahr beihilfefähig. Die von der Ehegattin, dem Ehegatten, der Lebenspartnerin oder dem Lebenspartner der beihilfeberechtigten Personen nach § 3 im Rahmen einer durch Auslandsverwendung der beihilfeberechtigten Person aufgenommenen oder fortgeführten Erwerbstätigkeit erzielten ausländischen Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Auf Anforderung der Festsetzungsstelle ist der Gesamtbetrag der Einkünfte durch Vorlage einer Kopie des Steuerbescheids oder, wenn dieser nicht oder noch nicht vorliegt, durch andere geeignete Unterlagen nachzuweisen. Weist der Steuerbescheid den Gesamtbetrag der Einkünfte nicht vollständig aus, können andere Nachweise gefordert werden. Der Betrag nach Satz 1 wird im gleichen Verhältnis, wie sich der Rentenwert West auf Grund der Rentenwertbestimmungsverordnung erhöht, angepasst und auf volle Euro abgerundet. Die Anpassung erfolgt mit Wirkung für das auf das Inkrafttreten der Rentenwertbestimmungsverordnung folgende Kalenderjahr. Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat gibt den jeweils angepassten Betrag durch Rundschreiben bekannt.</p>	<p>Gesamtbetrag ihrer vergleichbaren ausländischen Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20 000 Euro nicht übersteigt. Sind die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr geringer, sind Aufwendungen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners unter Vorbehalt bereits im laufenden Kalenderjahr beihilfefähig. Die von der Ehegattin, dem Ehegatten, der Lebenspartnerin oder dem Lebenspartner der beihilfeberechtigten Personen nach § 3 im Rahmen einer durch Auslandsverwendung der beihilfeberechtigten Person aufgenommenen oder fortgeführten Erwerbstätigkeit erzielten ausländischen Einkünfte bleiben Solange die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner mit einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 in häuslicher Gemeinschaft am Auslandsdienstort lebt, bleiben unberücksichtigt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>deren oder dessen im Rahmen einer im Ausland aufgenommenen oder fortgeführten Erwerbstätigkeit erzielten ausländischen Einkünfte,</u> 2. <u>deren oder dessen im Kalenderjahr der Ausreise an den ausländischen Dienstort und der Rückreise an den inländischen Dienstort aus einer Erwerbstätigkeit erzielten inländischen Einkünfte,</u> 3. <u>deren oder dessen Versorgungsbezüge oder Renteneinkünfte.</u> <p>unberücksichtigt. Auf Anforderung der Festsetzungsstelle ist der Gesamtbetrag der Einkünfte durch Vorlage einer Kopie des Steuerbescheids oder, wenn dieser nicht oder noch nicht vorliegt, durch andere geeignete Unterlagen nachzuweisen. Weist der Steuerbescheid den Gesamtbetrag der Einkünfte nicht vollständig aus, können andere Nachweise gefordert werden. Der Betrag nach Satz 1 wird im gleichen Verhältnis, wie sich der Rentenwert West auf Grund der Rentenwertbestimmungsverordnung erhöht, angepasst und auf volle Euro abgerundet. Die Anpassung erfolgt mit Wirkung für das auf das Inkrafttreten der Rentenwertbestimmungsverordnung folgende Kalenderjahr. Das Bundesministerium des Innern für Bau und für Heimat Das Bundesministerium des Innern und für Heimat gibt den jeweils angepassten Betrag durch Rundschreiben bekannt. <u>Sind zum Zeitpunkt der Antragstellung die Aufwendungen einer nach § 4 Absatz 1 berücksichtigungsfähigen Person nicht mehr beihilfefähig, ist auf den Zeitpunkt nach Absatz 1 abzustellen.</u></p>
<p>(3) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die</p>	<p>unverändert</p>

Beihilfefähigkeit vorsieht.	
<p>(4) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Als nicht notwendig gelten in der Regel Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie in der Anlage 1 ausgeschlossen werden.</p>	<p>(4) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Als nicht notwendig gelten in der Regel Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie in der Anlage 1 ausgeschlossen werden. <u>Bei der Erbringung medizinischer Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien sind Aufwendungen für die Beschaffung, den Betrieb oder die technische Anbindung der Endgeräte sowie die Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen nicht beihilfefähig. Satz 3 gilt nicht für Aufwendungen für Geräte und deren Betrieb, die ausschließlich für eine medizinische Behandlung notwendig sind.</u></p>
<p>(5) Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind wirtschaftlich angemessen, wenn sie sich innerhalb des in der einschlägigen Gebührenordnung vorgesehenen Gebührenrahmens halten. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen auf Grund einer Vereinbarung nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte, nach § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte oder nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte, soweit sie die gesetzlichen Gebühren übersteigen. Wirtschaftlich angemessen sind auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen oder Verträgen zwischen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern und gesetzlichen Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfeträgern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern sind wirtschaftlich angemessen, wenn sie die Höchstbeträge nach Anlage 2 nicht übersteigen.</p>	unverändert
<p>(6) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Gelten Höchstbeträge nach Anlage 11, kann in entsprechender Anwendung des § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils</p>	unverändert

geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten.	
<p>(7) In Ausnahmefällen kann das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen die einmalige Beteiligung des Bundes als Beihilfeträger an allgemeinen, nicht individualisierbaren Maßnahmen erklären. Hierfür zu leistende Zahlungen und Erstattungen kann das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat auf die Einrichtungen oder Stellen des Bundes, die Beihilfe nach dieser Verordnung gewähren, aufteilen. Auf Anforderung des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat leisten die Einrichtungen oder Stellen entsprechende Abschläge und Zahlungen. Die Anteile bemessen sich nach dem Verhältnis der tatsächlichen Beihilfeausgaben im Jahr 2009; jährliche Ausgaben unter 1 000 Euro bleiben außer Betracht. Auf Verlangen von mindestens fünf obersten Bundesbehörden oder Behörden der mittelbaren Bundesverwaltung setzt das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat die Anteile entsprechend dem Verhältnis der tatsächlichen Beihilfeausgaben im Vorjahr für zukünftige Maßnahmen neu fest.</p>	<p>(7) In Ausnahmefällen kann das Bundesministerium des Innern <u>und für Bau und Heimat</u> für Heimat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen die einmalige Beteiligung des Bundes als Beihilfeträger an allgemeinen, nicht individualisierbaren Maßnahmen erklären. Hierfür zu leistende Zahlungen und Erstattungen kann das Bundesministerium des Innern, <u>für Bau und Heimat und für Heimat</u> auf die Einrichtungen oder Stellen des Bundes, die Beihilfe nach dieser Verordnung gewähren, aufteilen. Auf Anforderung des Bundesministeriums des Innern, <u>für Bau und Heimat und für Heimat</u> leisten die Einrichtungen oder Stellen entsprechende Abschläge und Zahlungen. Die Anteile bemessen sich nach dem Verhältnis der tatsächlichen Beihilfeausgaben im Jahr 2009; jährliche Ausgaben unter 1 000 Euro bleiben außer Betracht. Auf Verlangen von mindestens fünf obersten Bundesbehörden oder Behörden der mittelbaren Bundesverwaltung setzt das Bundesministerium des Innern, <u>für Bau und Heimat und für Heimat</u> die Anteile entsprechend dem Verhältnis der tatsächlichen Beihilfeausgaben im Vorjahr für zukünftige Maßnahmen neu fest.</p>
<p>(8) Sofern im Einzelfall die Ablehnung der Beihilfe eine besondere Härte darstellen würde, kann die oberste Dienstbehörde mit Zustimmung des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat eine Beihilfe zur Milderung der Härte gewähren. Die Entscheidung ist besonders zu begründen und zu dokumentieren.</p>	<p>(8) Sofern im Einzelfall die Ablehnung der Beihilfe eine besondere Härte darstellen würde, kann die oberste Dienstbehörde mit Zustimmung des Bundesministeriums des Innern, <u>für Bau und Heimat und für Heimat</u> eine Beihilfe zur Milderung der Härte gewähren. Die Entscheidung ist besonders zu begründen und zu dokumentieren.</p>

§ 8	§ 8
Ausschluss der Beihilfefähigkeit	Ausschluss der Beihilfefähigkeit
<p>(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. soweit Personen, die beihilfeberechtigt oder bei beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig sind, einen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 70 Absatz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften haben, 2. für Gutachten, die nicht von der Festsetzungsstelle, sondern auf Verlangen der beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Person veranlasst worden sind, 3. für ärztliche und zahnärztliche Bescheinigungen für berücksichtigungsfähige Personen mit Ausnahme medizinisch notwendiger Bescheinigungen, 4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte, 5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und heilpädagogische Maßnahmen, 6. für Untersuchungen und Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings. 	<p>unverändert</p>
<p>(2) Ferner sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, soweit ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(3) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile, Selbstbehalte nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie gesondert ausgewiesene Abschläge für Verwaltungskosten und entgangene Apotheker- und Herstellerrabatte bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(4) Nicht beihilfefähig sind erbrachte Leistungen nach</p> <ol style="list-style-type: none">1. dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,2. dem Ersten Abschnitt des Zweiten Kapitels des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch,3. dem Ersten, Zweiten, Vierten und Fünften Unterabschnitt des Ersten Abschnitts des Dritten Kapitels des Siebten Buches Sozialgesetzbuch,4. Teil 1 Kapitel 9 und 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch. <p>Satz 1 Nummer 1 gilt nicht bei Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der familienversicherten Personen nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei Personen, denen ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Leistungen auch</p> <ol style="list-style-type: none">1. die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und2. Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Versicherte die ihnen zustehenden Leistungen nicht in Anspruch genommen haben; dies gilt auch, wenn Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden; ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus. <p>Satz 3 gilt nicht für</p> <ol style="list-style-type: none">1. Personen, die Leistungen nach § 10 Absatz 2, 4 oder 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf Bezug nehmenden Vorschriften erhalten,2. freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung,3. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, und4. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1, die mit einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person am Auslandsdienstort in häuslicher Gemeinschaft leben und dort auf Grund einer eigenen Berufstätigkeit entweder pflichtversichert sind oder einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben.	<p>(4) Nicht beihilfefähig sind erbrachte Leistungen nach</p> <ol style="list-style-type: none">1. dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,2. dem Ersten Abschnitt des Zweiten Kapitels des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch,3. dem Ersten, Zweiten, Vierten und Fünften Unterabschnitt des Ersten Abschnitts des Dritten Kapitels des Siebten Buches Sozialgesetzbuch,4. Teil 1 Kapitel 9 und 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch. <p>Satz 1 Nummer 1 gilt nicht bei Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der familienversicherten Personen nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei Personen, denen ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Leistungen auch</p> <ol style="list-style-type: none">1. die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und2. Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Versicherte die ihnen zustehenden Leistungen nicht in Anspruch genommen haben; dies gilt auch, wenn Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden; ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus. <p>Satz 3 gilt nicht für</p> <ol style="list-style-type: none">1. Personen, die Leistungen nach § 10 Absatz 2, 4 oder 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf Bezug nehmenden Vorschriften<u>nach den Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch</u> erhalten,2. freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung,3. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, und4. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1, die mit einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person am Auslandsdienstort in häuslicher Gemeinschaft leben und dort auf Grund einer eigenen
---	--

	Berufstätigkeit entweder pflichtversichert sind oder einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben.
(5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet worden sind.	unverändert
§ 9	§ 9
Anrechnung von Leistungen	Anrechnung von Leistungen
(1) Soweit Aufwendungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Leistungen an beihilfeberechtigte Personen, die dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören. Unterhaltsansprüche von beihilfeberechtigten Personen gelten nicht als Ansprüche auf Kostenerstattung.	unverändert
(2) Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der abstrakt höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.	unverändert

<p>(3) Sind Leistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. Andere Aufwendungen, bei denen der fiktive Leistungsanspruch gegenüber Dritten nicht ermittelt werden kann, sind um 50 Prozent zu kürzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für</p> <ol style="list-style-type: none">1. Leistungsansprüche nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen,2. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,3. Leistungsansprüche aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung, und4. Leistungsansprüche berücksichtigungsfähiger Personen nach § 4 Absatz 1, die mit einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person am Auslandsdienstort in häuslicher Gemeinschaft leben und dort auf Grund einer eigenen Berufstätigkeit entweder pflichtversichert sind oder einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben.	<p>(3) Sind Leistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. Andere Aufwendungen, bei denen der fiktive Leistungsanspruch gegenüber Dritten nicht ermittelt werden kann, sind um 50 Prozent zu kürzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für</p> <ol style="list-style-type: none">1. Leistungsansprüche nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen nach den Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch,2. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,3. Leistungsansprüche aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung, und4. Leistungsansprüche berücksichtigungsfähiger Personen nach § 4 Absatz 1, die mit einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person am Auslandsdienstort in häuslicher Gemeinschaft leben und dort auf Grund einer eigenen Berufstätigkeit entweder pflichtversichert sind oder einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben.
<p>(4) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.</p>	<p>unverändert</p>

§ 11	§ 11
Aufwendungen im Ausland	Aufwendungen im Ausland
<p>(1) Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 6 Absatz 3 Satz 1 bis 3 ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären.</p>	<p>(1) Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 6 Absatz 3 Satz 1 bis 3 <u>§ 6 Absatz 5 Satz 1 bis 3</u> ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären.</p>
<p>(2) Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten, die im Inland entstanden wären, beihilfefähig, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können, 2. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen, 3. in der Nähe der deutschen Grenze wohnende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen bei akutem Behandlungsbedarf das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten, 4. beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder 5. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. <p>Eine Anerkennung nach Satz 1 Nummer 5 kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist; in Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(3) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dies gilt nicht in den Fällen des § 31 Abs. 5.</p>	<p>(3) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dies gilt nicht in den Fällen des § 31 Abs. 5 <u>§ 31 Absatz 6</u>.</p>
<p>Kapitel 2</p>	<p>Kapitel 2</p>
<p>Aufwendungen in Krankheitsfällen</p>	<p>Aufwendungen in Krankheitsfällen</p>
<p>Abschnitt 1</p>	<p>Abschnitt 1</p>
<p>Ambulante Leistungen</p>	<p>Ambulante Leistungen</p>
<p>§ 13</p>	<p>§ 13</p>
<p>Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern</p>	<p>Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern</p>
<p>Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nach Maßgabe des § 6 Absatz 3 Satz 4 und nach § 22 Absatz 6 beihilfefähig.</p>	<p>Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nach Maßgabe des § 6 Absatz 3 Satz 4 <u>§ 6 Absatz 5 Satz 4</u> und nach § 22 Absatz 6 beihilfefähig.</p>
<p>§ 18</p>	<p>§ 18</p>
<p>Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung</p>	<p><u>Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen</u></p>
<p>(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie in den Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie sowie für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 sowie der §§ 18a bis 21 beihilfefähig.</p>	<p><u>(1) Aufwendungen für die folgenden psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 sowie der §§ 18a bis 21 beihilfefähig:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung,</u> 2. <u>probatorische Sitzungen,</u> 3. <u>psychotherapeutische Akutbehandlung,</u> 4. <u>Psychotherapie in den Behandlungsformen der psychoanalytisch begründeten Verfahren, der Verhaltenstherapie, der Systemischen Therapie sowie</u> 5. <u>psychosomatische Grundversorgung.</u>

<p>(2) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall bis zu 51 Euro beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung unter Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig. Soll sich eine Behandlung nach den §§ 19 bis 20a anschließen, ist § 18a Absatz 3 zu beachten. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20a anzurechnen.</p>	<p><u>(2) Aufwendungen für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung sind je Krankheitsfall für bis zu vier Sitzungen in Einheiten von 100 Minuten beihilfefähig. Die Sitzungen können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden. Darüber hinaus sind unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zusätzlich bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall beihilfefähig.</u></p>
<p>(3) Vor einer Behandlung durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die somatische Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt in einem schriftlichen oder elektronischen Konsiliarbericht bestätigt wird.</p>	<p><u>(3) Aufwendungen für bis zu fünf probatorische Sitzungen, bei sich anschließender analytischer Psychotherapie für bis zu acht probatorische Sitzungen, sind beihilfefähig, auch wenn Bezugspersonen einbezogen werden. Die probatorische Sitzung umfasst im Einzelsetting 50 Minuten und im Gruppensetting 100 Minuten. Probatorische Sitzungen im Gruppensetting können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden. Darüber hinaus sind bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zwei zusätzliche probatorische Sitzungen beihilfefähig. Probatorische Sitzungen sind nicht auf die beihilfefähigen Kontingente der Behandlungen von Kurz- oder Langzeittherapien anzurechnen.</u></p>
<p>(4) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none">1. gleichzeitige Behandlungen nach § 18 Absatz 2 und den §§ 19 bis 21,2. Leistungen nach Abschnitt 1 der Anlage 3.	<p><u>(4) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung als Einzeltherapie sind je Krankheitsfall für bis zu 24 Behandlungen in Einheiten von mindestens 25 Minuten beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Aufwendungen bis zu 30 Behandlungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung je Krankheitsfall als Einzeltherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig. Soll sich an die psychotherapeutische Akutbehandlung eine Behandlung nach den §§ 19 bis 20a anschließen, ist § 18a Absatz 3 zu beachten. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20a anzurechnen.</u></p>

	<u>(5) Vor einer psychotherapeutischen Behandlung muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen erfolgen.</u>
	<u>(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für</u> <u>1. gleichzeitige Behandlungen nach § 18 Absatz 4 und den §§ 19 bis 21</u> <u>sowie</u> <u>2. Leistungen nach Anlage 3 Abschnitt 1.</u>
§ 18a	§ 18a
Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie	Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie
(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei 1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und Dysthymie, 2. Angststörungen und Zwangsstörungen, 3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen, 4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen, 5. Essstörungen, 6. nichtorganischen Schlafstörungen, 7. sexuellen Funktionsstörungen, 8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.	unverändert

(2) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie beihilfefähig bei

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen
 - a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
 - b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
2. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
4. schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen.

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach den Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 3 erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(2) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie beihilfefähig bei

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen
 - a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
 - b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
2. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
4. schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen.

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach den Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 3 erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von in der Regel mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung. Eine Gruppenbehandlung kann auch mit einer Behandlungsdauer von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden.

<p>(3) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn</p> <ol style="list-style-type: none">1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Absatz 1 dienen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist,2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat, es sei denn, dass es sich um eine Kurzzeittherapie handelt. <p>Aufwendungen für Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung später als nicht notwendig erwiesen hat.</p>	<p>(3) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn</p> <ol style="list-style-type: none">1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Absatz 1 dienen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist,2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens <u>acht</u> den probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat, es sei denn, dass es sich um eine Kurzzeittherapie handelt. <p>Aufwendungen für Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung später als nicht notwendig erwiesen hat.</p>
<p>(4) Das Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist bei einer Gutachterin oder einem Gutachter einzuholen, die oder der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils geltenden auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) veröffentlichten Fassung bestellt worden ist. Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder bei einer oder einem vom Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes beauftragten Ärztin oder Arzt eingeholt werden.</p>	<p>unverändert</p>

(5) Haben Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, am Dienort keinen persönlichen Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen telekommunikationsgestützt erbracht werden:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

Bei telekommunikationsgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen sind nicht beihilfefähig. Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutachtens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt hat. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(6) Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Festsetzungsstelle bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Therapie nach den §§ 19 bis 20a anzurechnen.

(5) Festsetzungsstellen können auf die Einholung eines Gutachtens im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 verzichten, wenn sichergestellt ist, dass sie selbst in der Lage sind, Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung festzustellen.

(6) Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Festsetzungsstelle bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Therapie nach den §§ 19 bis 20a anzurechnen. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Aufwendungen für bis zu 30 Behandlungen einer genehmigungsfreien Kurzzeittherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig.

<p>(7) Aufwendungen für eine Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung sind nur bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>§ 19</p>	<p>§ 19</p>
<p>Psychoanalytisch begründete Verfahren</p>	<p>Psychoanalytisch begründete Verfahren</p>

1) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren mit ihren beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie (Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte), sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
im Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 140 Sitzungen	weitere 70 Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
im Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 90 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

1) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren mit ihren beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie (~~Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte~~), sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
im Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 140 Sitzungen	weitere 70 Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
im Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 90 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

<p>4. tiefenpsychologisch fundierte oder ana-lytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht voll-endet haben:</p>	<p>4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:</p>																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Einzel- behandlung</th> <th>Gruppen- behandlung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>im Regelfall</td> <td>70 Sitzungen</td> <td>60 Sitzungen</td> </tr> <tr> <td>in Ausnahmefällen</td> <td>weitere 80 Sitzungen</td> <td>weitere 30 Sitzungen</td> </tr> </tbody> </table>		Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung	im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen	in Ausnahmefällen	weitere 80 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Einzel- behandlung</th> <th>Gruppen- behandlung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>im Regelfall</td> <td>70 Sitzungen</td> <td>60 Sitzungen</td> </tr> <tr> <td>in Ausnahmefällen</td> <td>weitere 80 Sitzungen</td> <td>weitere 30 Sitzungen</td> </tr> </tbody> </table>		Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung	im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen	in Ausnahmefällen	weitere 80 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen
	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung																	
im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen																	
in Ausnahmefällen	weitere 80 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen																	
	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung																	
im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen																	
in Ausnahmefällen	weitere 80 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen																	
<p>Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. Überwiegt die Einzelbehandlung, so werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, so wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet.</p>	<p>Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. Überwiegt die Einzelbehandlung, so werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, so wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet.</p>																		
<p>(2) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>																		
<p>(3) In Ausnahmefällen kann die oberste Dienstbehörde die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung auch für eine über die in Absatz 1 Satz 1 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkennen, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.</p>	<p>unverändert</p>																		

<p>(4) Aufwendungen für Sitzungen, in die auf Grund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die bewilligte Zahl der Sitzungen angerechnet.</p>	<p>unverändert</p>																		
<p>(5) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Aufwendungen für Leistungen einer solchen Kombination sind nur beihilfefähig, wenn sie auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Erstantrags erbracht werden.</p>	<p>unverändert</p>																		
<p>(6) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>																		
<p>§ 20</p>	<p>§ 20</p>																		
<p>Verhaltenstherapie</p>	<p>Verhaltenstherapie</p>																		
<p>(1) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:</p> <table border="1" data-bbox="181 1098 1055 1329"> <thead> <tr> <th></th> <th>Einzel- behandlung</th> <th>Gruppen- behandlung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>im Regelfall</td> <td>60 Sitzungen</td> <td>60 Sitzungen</td> </tr> <tr> <td>in Ausnahmefälle n</td> <td>weitere 20 Sitzungen</td> <td>weitere 20 Sitzungen</td> </tr> </tbody> </table>		Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung	im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen	in Ausnahmefälle n	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen	<p>(1) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:</p> <table border="1" data-bbox="1122 1098 2018 1329"> <thead> <tr> <th></th> <th>Einzel- behandlung</th> <th>Gruppen- behandlung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>im Regelfall</td> <td>60 Sitzungen</td> <td>60 Sitzungen</td> </tr> <tr> <td>in Ausnahmefälle n</td> <td>weitere 20 Sitzungen</td> <td>weitere 20 Sitzungen</td> </tr> </tbody> </table>		Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung	im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen	in Ausnahmefälle n	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung																	
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen																	
in Ausnahmefälle n	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen																	
	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung																	
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen																	
in Ausnahmefälle n	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen																	

(2) § 19 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend.	unverändert
(3) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.	unverändert
Abschnitt 2	Abschnitt 2
Sonstige Aufwendungen	Sonstige Aufwendungen
§ 22	§ 22
Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte	Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte
<p>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang schriftlich verordnete oder während einer Behandlung verbrauchte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes, die apothekenpflichtig sind, 2. Verbandmittel, 3. Harn- und Blutteststreifen sowie 4. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte im Sinne des Medizinprodukterechts zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in Anlage 4 aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen. 	<p>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang schriftlich-verordnete oder während einer Behandlung verbrauchte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes, die apothekenpflichtig sind, 2. Verbandmittel, 3. Harn- und Blutteststreifen sowie 4. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte im Sinne des Medizinprodukterechts zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in <u>Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung</u> aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.

<p>(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none">1. Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen (Anlage 5), es sei denn, dass im Einzelfall nicht der in Anlage 5 genannte Zweck, sondern die Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung im Vordergrund steht, die eine Krankheit ist, und<ol style="list-style-type: none">a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oderb) die anderen zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,2. verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von<ol style="list-style-type: none">a) Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,b) Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei<ol style="list-style-type: none">aa) Pilzinfektionen,bb) Geschwüren in der Mundhöhle odercc) nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,c) Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oderd) Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumorthherapie und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkomplex,soweit die Arzneimittel nicht für Minderjährige bestimmt sind,3. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie<ol style="list-style-type: none">a) sind bestimmt für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder für Personen, die das 18.	<p>(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none">1. Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen (Anlage 5), es sei denn, dass im Einzelfall nicht der in Anlage 5 genannte Zweck, sondern die Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung im Vordergrund steht, die eine Krankheit ist, und <u>Arzneimittel, die in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung genannt sind, es sei denn, dass das jeweilige Arzneimittel im Einzelfall nicht zur Behandlung in dem für dieses Arzneimittel in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Anwendungsbereich, sondern zur Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung, die eine Krankheit ist, eingesetzt wird und</u><ol style="list-style-type: none">a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oderb) die anderen <u>zur Behandlung dieser Krankheit</u> zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,2. verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von<ol style="list-style-type: none">a) Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,b) Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei<ol style="list-style-type: none">aa) Pilzinfektionen,bb) Geschwüren in der Mundhöhle odercc) nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,c) Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei
---	--

<p>Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden,</p> <p>b) wurden für diagnostische Zwecke, Untersuchungen oder ambulante Behandlungen benötigt und</p> <p>aa) in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder</p> <p>bb) auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person selbst beschafft,</p> <p>c) gelten bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard und werden mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet; die beihilfefähigen Ausnahmen ergeben sich aus Anlage 6,</p> <p>d) sind in der Fachinformation zum Hauptarzneimittel eines beihilfefähigen Arzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben oder</p> <p>e) werden zur Behandlung unerwünschter Arzneimittelwirkungen, die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines beihilfefähigen Arzneimittels auftreten können, eingesetzt; dabei muss die unerwünschte Arzneimittelwirkung lebensbedrohlich sein oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen,</p> <p>4. traditionell angewendete Arzneimittel nach § 109 Absatz 3 und § 109a des Arzneimittelgesetzes mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise auf der äußeren Umhüllung oder der Packungsbeilage des Arzneimittels:</p> <p>a) zur Stärkung oder Kräftigung,</p> <p>b) zur Besserung des Befindens,</p> <p>c) zur Unterstützung der Organfunktion,</p> <p>d) zur Vorbeugung,</p> <p>e) als mild wirkendes Arzneimittel,</p> <p>5. traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a des Arzneimittelgesetzes,</p> <p>6. hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung; dies gilt nicht bei Personen unter 22 Jahren oder wenn diese Mittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden,</p>	<p>phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oder</p> <p>d) Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumorthherapie und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkomplex,</p> <p>soweit die Arzneimittel nicht für Minderjährige bestimmt sind,</p> <p>3. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie</p> <p>a) sind bestimmt für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden,</p> <p>b) wurden für diagnostische Zwecke, Untersuchungen oder ambulante Behandlungen benötigt und</p> <p>aa) in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder</p> <p>bb) auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person selbst beschafft,</p> <p>c) gelten bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard und werden mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet; die beihilfefähigen Ausnahmen ergeben sich aus <u>Anlage 6 Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung; Aufwendungen für anthroposophische und homöopathische Arzneimittel zur Behandlung der in Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten schwerwiegenden Erkrankungen sind beihilfefähig, wenn die Anwendung des jeweiligen Arzneimittels in der jeweiligen Therapieeinrichtung angezeigt ist,</u></p> <p>d) sind in der Fachinformation zum Hauptarzneimittel eines beihilfefähigen Arzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben oder</p>
---	---

7. gesondert ausgewiesene Versandkosten.

- e) werden zur Behandlung unerwünschter Arzneimittelwirkungen, die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines beihilfefähigen Arzneimittels auftreten können, eingesetzt; dabei muss die unerwünschte Arzneimittelwirkung lebensbedrohlich sein oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen,
- 4. traditionell angewendete Arzneimittel nach § 109 Absatz 3 und § 109a des Arzneimittelgesetzes mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise auf der äußeren Umhüllung oder der Packungsbeilage des Arzneimittels:
 - a) zur Stärkung oder Kräftigung,
 - b) zur Besserung des Befindens,
 - c) zur Unterstützung der Organfunktion,
 - d) zur Vorbeugung,
 - e) als mild wirkendes Arzneimittel,
- 5. traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a des Arzneimittelgesetzes,
- 6. hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung; dies gilt nicht bei Personen unter 22 Jahren oder wenn diese Mittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden,
- 7. gesondert ausgewiesene Versandkosten; dies gilt nicht für Aufwendungen von Botendienstzuschlägen in Höhe von 2,50 € zuzüglich Umsatzsteuer je Lieferort und Tag bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken.

<p>(3) Aufwendungen für Arzneimittel, für die Festbeträge nach § 35 Absatz 3, 5 und 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt sind, sind nur bis zur Höhe der Festbeträge beihilfefähig, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 35 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Internet veröffentlicht. Aufwendungen für Arzneimittel nach Satz 1 sind über den Festbetrag hinaus beihilfefähig, wenn die Arzneimittel</p> <ol style="list-style-type: none">1. in medizinisch begründeten Einzelfällen verordnet worden sind oder2. in Richtlinien nach § 129 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmt sind.	<p>unverändert</p>
<p>(4) Aufwendungen für Arzneimittel, bei denen nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist, sind nach Maßgabe der Anlage 8 beihilfefähig. Arzneimittel nach Satz 1 können darüber hinaus im Einzelfall als beihilfefähig anerkannt werden, wenn eine medizinische Stellungnahme darüber vorgelegt wird, dass das Arzneimittel zur Behandlung notwendig ist.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(5) Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Aufwendungen für Elementardiäten sind beihilfefähig für Personen, die das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, mit Kuhmilcheiweiß-Allergie; dies gilt ferner bei Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden. Im Übrigen sind Aufwendungen für Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Krankenkost und diätetische Lebensmittel nicht beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(6) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, Teststreifen und Medizinprodukte, die eine Heilpraktikerin oder ein Heilpraktiker während einer Behandlung verbraucht hat.</p>	<p>unverändert</p>
<p>§ 23</p>	<p>§ 23</p>
<p>Heilmittel</p>	<p>Heilmittel</p>
<p>(1) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel und bei der Anwendung der Heilmittel verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der Anlagen 9 und 10 beihilfefähig.</p>	<p>(1) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel und bei der Anwendung der Heilmittel verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der Anlagen 9 und 10 beihilfefähig.</p>
	<p>(2) <u>Aufwendungen für Ergotherapie und für bei der Anwendung der Ergotherapie verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der Anlagen 9 und 10 auch beihilfefähig, wenn die Ergotherapie durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten verordnet wird.</u></p>
<p>(2) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel anstelle der in Anlage 9 genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, die die Höchstbeträge nach Anlage 9 übersteigen, höchstens jedoch um 10 Euro. Diese Minderung gilt nicht für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.</p>	<p>(2)(3) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich oder zahn-ärztlich verordnete Heilmittel anstelle der in Anlage 9 genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, die die Höchstbeträge nach Anlage 9 übersteigen, höchstens jedoch um 10 Euro. Diese Minderung gilt nicht für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.</p>

§ 24	§ 24
Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen	Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen
<p>(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Absatz 3 Satz 1 und 2 und § 23 Absatz 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.</p>	<p>(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Absatz 3 Satz 1 und 2 <u>§ 6 Absatz 5</u> und § 23 Absatz 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.</p>
<p>(2) Aufwendungen für Leistungen psychiatrischer oder psychosomatischer Institutsambulanzen sind entsprechend § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig bis zur Höhe der Vergütungen, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat.</p>	unverändert
<p>(3) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt wurden, sind beihilfefähig bis zu der Höhe der Vergütung, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht beihilfefähig.</p>	unverändert

<p>(4) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfetägern abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(5) Bei chronisch Kranken oder schwerstkranken Personen, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen beihilfefähig, wenn die Maßnahmen</p> <ol style="list-style-type: none">1. durchgeführt werden im Anschluss an<ol style="list-style-type: none">a) eine Behandlung in einem Krankenhaus, das nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen ist,b) eine Behandlung in einem Krankenhaus, das die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen ist, oderc) eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Sinne von § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 und2. erforderlich sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.	<p>unverändert</p>

§ 25	§ 25
<p>Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke</p>	<p>Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke</p>
<p>(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind vorbehaltlich des Absatzes 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in Anlage 11 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne von Satz 1 sind nach Ablauf von sechs Monaten seit Anschaffung beihilfefähig, wenn eine erneute ärztliche Verordnung vorliegt.</p>	<p>(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind vorbehaltlich des Absatzes 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in Anlage 11 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne von Satz 1 sind nach Ablauf von sechs Monaten seit Anschaffung beihilfefähig, wenn eine erneute ärztliche Verordnung vorliegt. <u>Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen Gegenstandes im Sinne des Satzes 1 sind auch ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn der Ersatzgegenstand in derselben oder einer gleichwertigen Ausführung beschafft wird wie der unbrauchbar gewordene oder verloren gegangene Gegenstand und die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten nach der Anschaffung erfolgt.</u></p>
<p>(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die <ol style="list-style-type: none"> a) einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben, b) einen niedrigen Abgabepreis haben, c) der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder d) in Anlage 12 genannt sind, und 2. gesondert ausgewiesene Versandkosten. 	<p>unverändert</p>

<p>(3) Aufwendungen für das Mieten von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nach Absatz 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die Aufwendungen für deren Anschaffung sind.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 11 oder 12 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat bei Aufwendungen von mehr als 600 Euro vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat herzustellen. Soweit das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat allgemein erklärt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen. Absatz 2 bleibt unberührt.</p>	<p>(4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 11 oder 12 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat bei Aufwendungen von mehr als 600 Euro vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat herzustellen. <u>Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 bei Aufwendungen von mehr als 600 Euro mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat bei Aufwendungen von mehr als 1 200 Euro vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat herzustellen.</u> Soweit das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat allgemein erklärt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen. Absatz 2 bleibt unberührt.</p>
<p>(5) Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind nur in Höhe des 100 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der die Gefahr einer Infektion durch Stichverletzungen, insbesondere durch Blutentnahmen und Injektionen, besteht oder angenommen werden kann.</p>	<p>unverändert</p>
	<p><u>§ 25a</u></p>
	<p><u>Digitale Gesundheitsanwendungen</u></p>
	<p><u>(1) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn die digitalen Gesundheitsanwendungen</u></p> <ol style="list-style-type: none"><u>1. in dem beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen, das nach § 139e Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemacht und auf der Internetseite https://diga.bfarm.de veröffentlicht wird, aufgeführt sind und</u><u>2. von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten verordnet worden sind.</u> <p><u>Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bis zu den Kosten für die Standardversion der digitalen Gesundheitsanwendung, sofern nicht aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht die Notwendigkeit einer erweiterten Version schriftlich oder elektronisch begründet wurde. Aufwendungen für Zubehör der digitalen Gesundheitsanwendung sind beihilfefähig, wenn das Zubehör ausschließlich für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung zwingend erforderlich ist.</u></p>

(2) Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die Beschaffung, den Betrieb und die technische Anbindung der zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Endgeräte,
 2. die zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Telekommunikationsdienstleistungen,
 3. Zweit- oder Mehrfachbeschaffungen der digitalen Gesundheitsanwendung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten; dies gilt auch für eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung, die Lizenzen für die Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet, und
- Zubehör, das den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen ist wie zum Beispiel Aktualisierungs- oder Ergänzungssoftware für Betriebsprogramme, Kopfhörer, Mikrofone oder vergleichbare Hardware und digitale Waagen.

§ 26	§ 26
Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern	Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern
<p>(1) Aufwendungen für Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, soweit sie entstanden sind für</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung), 3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte (§ 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes), 4. die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes), 5. Wahlleistungen in Form <ol style="list-style-type: none"> a) gesondert berechneter wahlärztlicher Leistungen im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung, b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und c) anderer im Zusammenhang mit Leistungen nach den Buchstaben a und b erbrachter ärztlicher Leistungen oder Leistungen nach § 22. 	<p>(1) Aufwendungen für Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, soweit sie entstanden sind für</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung), 3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte (§ 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes), 4. die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes), 5. Wahlleistungen in Form <ol style="list-style-type: none"> a) gesondert berechneter wahlärztlicher Leistungen im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung, b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich <u>von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich</u> und c) anderer im Zusammenhang mit Leistungen nach den Buchstaben a und b erbrachter ärztlicher Leistungen oder Leistungen nach § 22.

<p>(2) Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(3) Aufwendungen für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>§ 26a</p>	<p>§ 26a</p>
<p>Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern</p>	<p>Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern</p>

(1) Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden:
 - a) die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 26 Absatz 1 Nummer 2) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkatalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Zugrundelegung des einheitlichen Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 Satz 5 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt,
 - b) die nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgegliederten Pflegepersonalkosten, und zwar für jeden Belegungstag die maßgebliche Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multipliziert mit dem in § 15 Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Betrag, und
 - c) Zusatzentgelte bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesenen Höhe;
2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in psychosomatischen Einrichtungen abgerechnet werden:
 - a) das nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkatalogs berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 Euro,
 - b) Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs ausgewiesenen Beträgen und

(1) Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden:
 - a) die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 26 Absatz 1 Nummer 2) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkatalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Zugrundelegung des zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden, einheitlichen Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 Satz 5 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt,
 - b) die nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgegliederten Pflegepersonalkosten, und zwar für jeden Belegungstag die maßgebliche Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multipliziert mit dem in § 15 Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Betrag, und
 - c) Zusatzentgelte bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesenen Höhe;
2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in psychosomatischen Einrichtungen abgerechnet werden:
 - a) das nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkatalogs berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 Euro,
 - b) Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-

<p>c) ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes von 300 Euro; maßgebend ist die jeweils geltende, auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlichte Fassung des PEPP-Entgeltkatalogs,</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, abzüglich 14,50 Euro täglich, 4. bei einer Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste, 5. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes). 	<p>Entgeltkatalogs ausgewiesenen Beträgen und</p> <p>c) ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes von 300 Euro; maßgebend ist die jeweils geltende, auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlichte Fassung des PEPP-Entgeltkatalogs,</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft bis zur Höhe von <u>1,51,2</u> Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, abzüglich 14,50 Euro täglich, 4. bei einer Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste, 5. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).
<p>(2) Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(3) Gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte erfolgt, neben den Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(4) Mit den Beträgen nach Absatz 1 sind Aufwendungen für Leistungen abgegolten, die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. von Krankenhäusern zusätzlich in Rechnung gestellt werden und 2. Bestandteile der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung sind. 	<p>unverändert</p>

<p>(5) Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Absatz 1 kann bei der Festsetzungsstelle eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(6) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt sind oder die bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich beihilfefähig, sofern die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach § 26 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b entspricht. Satz 1 gilt nicht, wenn aus medizinischen Gründen eine andere Unterbringung notwendig ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.</p>	<p>unverändert</p>
	<p><u>§ 26b</u></p>
	<p><u>Übergangspflege im Krankenhaus</u></p>
	<p><u>Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus sind für zehn Tage je Krankenhausbehandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft.</u></p>

§ 27	§ 27
<p align="center">Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit</p>	<p align="center">Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit</p>
<p>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich sind und die Pflege</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nicht länger als vier Wochen dauert, 2. weder von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person noch von einer anderen im Haushalt lebenden Person durchgeführt werden kann und 3. im eigenen Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird. <p>Angemessen im Sinne des Satzes 1 sind Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts einer Pflegekraft der öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger, die für die häusliche Krankenpflege in Betracht kommen. Bis zu dieser Höhe beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft, die die Ärztin oder der Arzt für geeignet erklärt.</p>	<p>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich sind und die Pflege<u>soweit sie angemessen sind und wenn sie nach Bescheinigung durch eine Verordnerin oder einen Verordner nach Absatz 2 erforderlich sind und die Pflege</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nicht länger als vier Wochen dauert, 2. weder von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person noch von einer anderen im Haushalt lebenden Person durchgeführt werden kann und 3. im eigenen Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird. <p>Angemessen im Sinne des Satzes 1 sind Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts einer Pflegekraft der öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger, die für die häusliche Krankenpflege in Betracht kommen. <u>Sofern das Entgelt für Pflegekräfte nicht tariflich geregelt ist, sind Aufwendungen im Sinne des Satzes 1 bis zur Höhe von 110 Prozent des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch angemessen. Bis zur jeweiligen Höhe nach Satz 2 und 3 sind auch die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft, die die Verordnerin oder der Verordner für geeignet erklärt, beihilfefähig. Liegt ein sachlicher Grund vor, so sind auch Aufwendungen beihilfefähig, die ihrer Höhe nach über der Höhe nach Satz 3 liegen. Bis zu dieser Höhe beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft, die die Ärztin oder der Arzt für geeignet erklärt.</u></p>

(2) Verordnerin oder Verordner ist

1. im Rahmen der häuslichen Krankenpflege oder Kurzzeitpflege bei fehlender dauernder Pflegebedürftigkeit die Ärztin oder der Arzt,
2. im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
 - a) die Fachärztin für Nervenheilkunde oder der Facharzt für Nervenheilkunde,
 - b) die Fachärztin für Neurologie oder der Facharzt für Neurologie,
 - c) die Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - d) die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - e) die Fachärztin oder der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
 - f) die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut,
 - g) die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
 - h) die Fachärztin mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder der Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.

<p>(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 1 umfasst</p> <ol style="list-style-type: none">1. Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,2. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen,3. ambulante psychiatrische Krankenpflege und4. ambulante Palliativversorgung. <p>Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person sind beihilfefähig bei</p> <ol style="list-style-type: none">1. schwerer Erkrankung oder2. akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, <p>insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Satz 2 gilt nicht im Fall einer Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen in den in § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht und die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben der Einrichtungen oder Räumlichkeiten gehört.</p>	<p>(2)(3) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 1 umfasst</p> <ol style="list-style-type: none">1. Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,2. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen,3. ambulante psychiatrische Krankenpflege und4. ambulante Palliativversorgung. <p>Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person sind beihilfefähig bei</p> <ol style="list-style-type: none">1. schwerer Erkrankung oder2. akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, <p>insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Satz 2 gilt nicht im Fall einer Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen in den in § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht und die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben der Einrichtungen oder Räumlichkeiten gehört.</p>
<p>(3) In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine ärztliche Bescheinigung darüber vorgelegt wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Die ambulante Palliativversorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 ist regelmäßig als Ausnahmefall zu werten. Ist eine Behandlungspflege erforderlich, um sicherzustellen, dass das Ziel der ärztlichen Behandlung erreicht wird, ist Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht anzuwenden.</p>	<p>(4) In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine ärztliche Bescheinigung<u>eine durch eine Verordnerin oder einen Verordner ausgestellte Bescheinigung</u> darüber vorgelegt wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Die ambulante Palliativversorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4<u>Absatz 3 Satz 1 Nummer 4</u> ist regelmäßig als Ausnahmefall zu werten. Ist eine Behandlungspflege erforderlich, um sicherzustellen, dass das Ziel der ärztlichen Behandlung erreicht wird, ist Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht anzuwenden.</p>

<p>(4) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1, 2 und 3 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der gepflegten Person durchgeführt, sind nur beihilfefähig:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aufwendungen für Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und2. eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.	<p>(5) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1, 2-3 und 3-4 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der gepflegten Person durchgeführt, sind nur beihilfefähig:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aufwendungen für Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und2. eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.
<p>(5) Ist häusliche Krankenpflege nach Absatz 1</p> <ol style="list-style-type: none">1. bei schwerer Krankheit oder2. wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, <p>insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 vor, sind Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt worden ist.</p>	<p>(6) Ist häusliche Krankenpflege nach Absatz 1</p> <ol style="list-style-type: none">1. bei schwerer Krankheit oder2. wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, <p>insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 vor, sind Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich <u>durch eine Verordnerin oder einen Verordner</u> bescheinigt worden ist.</p>
<p>(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen.</p>	<p>(7) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen.</p>

	<u>§ 27a</u>
	<u>Außerklinische Intensivpflege</u>
	<p><u>(1) Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege kann nachgewiesen werden durch</u></p> <ol style="list-style-type: none"><u>1. eine ärztliche Verordnung aus der, zum Beispiel aus den Angaben zur Dauer oder zum notwendigen Umfang der medizinischen Behandlungspflege, der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, insbesondere der Bedarf zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, hervorgeht, oder</u><u>2. die Feststellung eines besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder die Postbeamtenkrankenkasse.</u> <p><u>Spätestens zwölf Monate nach einer Erstaussstellung oder einer Folgeausstellung ist ein erneuter Nachweis nach Satz 2 Nummer 1 oder nach Satz 2 Nummer 2 zu erbringen.</u></p>

	<p><u>(2) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind unter Anrechnung des von der Pflegekasse nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch jeweils übernommenen Leistungsbetrags Aufwendungen beihilfefähig für</u></p> <ol style="list-style-type: none"><u>1. die Pflege und die Betreuung,</u><u>2. die medizinische Behandlungspflege nach § 43 Absatz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,</u><u>3. die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie</u><u>4. die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.</u> <p><u>Nach dem Wegfall eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege sind Aufwendungen in dem nach Satz 1 beihilfefähigen Umfang weiterhin beihilfefähig, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.</u></p>
	<p><u>(3) Die in den §§ 27 und 39 genannten Aufwendungen sind nicht neben den in den Absätzen 1 und 2 genannten Aufwendungen beihilfefähig.</u></p>

§ 28	§ 28
Familien- und Haushaltshilfe	Familien- und Haushaltshilfe
<p>(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro, beihilfefähig, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Haushalt wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§ 24 Absatz 1 und 3, §§ 26, 26a und 32 Absatz 1, §§ 34 und 35 Absatz 1 Nummer 1 bis 5, §§ 39 und 40 Absatz 2) nicht weiterführen kann oder verstorben ist, 2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und 3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. <p>In Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.</p>	<p>(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße <u>bis zur Höhe des 1,17-fachen Betrages des sich aus § 1 Absatz 2 Satz 1 des Mindestlohngesetzes ergebenden Mindestlohns</u>, aufgerundet auf volle Euro, beihilfefähig, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Haushalt wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§ 24 Absatz 1 und 3, §§ 26, 26a und 32 Absatz 1, §§ 34 und 35 Absatz 1 Nummer 1 bis 5, §§ 39 und 40 Absatz 2) nicht weiterführen kann oder verstorben ist, 2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und 3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. <p>In Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.</p>
<p>(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt worden ist, sind in der in Absatz 1 bestimmten Höhe bis zu 28 Tagen beihilfefähig</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei schwerer Krankheit oder 2. bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit, <p>insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Absatz 1 Satz 2 und § 27 Absatz 4 gelten entsprechend.</p>	<p>(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt worden ist, sind in der in Absatz 1 bestimmten Höhe bis zu 28 Tagen beihilfefähig</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei schwerer Krankheit oder 2. bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit, <p>insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Absatz 1 Satz 2 und § 27 Absatz 4 <u>§ 27 Absatz 5</u> gelten entsprechend.</p>

<p>(3) Nach dem Tod der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Absatz 1 für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate, beihilfefähig. § 27 Absatz 4 gilt entsprechend.</p>	<p>(3) Nach dem Tod der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Absatz 1 für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate, beihilfefähig. § 27 Absatz 4 <u>§ 27 Absatz 5</u> gilt entsprechend.</p>
<p>(4) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe berücksichtigungsfähige Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(5) Aufwendungen für notwendige Fahrtkosten sind in Höhe der Reisekostenvergütung nach den §§ 3, 4 und 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>

§ 31	§ 31
Fahrtkosten	Fahrtkosten
<p>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten</p> <ol style="list-style-type: none">1. im Zusammenhang mit einer stationären Krankenbehandlung einschließlich einer vor- und nachstationären Krankenbehandlung,2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus,3. anlässlich einer ambulanten Operation und damit in Zusammenhang stehenden Vor- oder Nachbehandlungen nur, wenn dadurch eine stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden wird,4. mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird,5. zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz im Sinne des § 118a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen oder6. um ein untergebrachtes, schwer erkranktes Kind der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zu besuchen, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und bei dem zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind. <p>Satz 1 gilt entsprechend für Fahrten, die durch Zahnärztinnen oder Zahnärzte oder durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nach § 28 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verordnet worden sind, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.</p>	<p>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten</p> <ol style="list-style-type: none">1. im Zusammenhang mit einer stationären Krankenbehandlung einschließlich einer vor- und nachstationären Krankenbehandlung,2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus,3. anlässlich einer ambulanten Operation und damit in Zusammenhang stehenden Vor- oder Nachbehandlungen nur, wenn dadurch eine stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden wird,4. mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird,5. <u>zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz im Sinne des § 118a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen oder zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; Gesundheitsvorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25, 25a und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes sowie die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz nach § 118a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen, oder</u>6. um ein untergebrachtes, schwer erkranktes Kind der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zu besuchen, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und bei dem zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind. <p>Satz 1 gilt entsprechend für Fahrten, die durch Zahnärztinnen oder Zahnärzte oder durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nach § 28 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verordnet worden sind, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.</p>

<p>(2) Ohne ärztliche Verordnung sind Aufwendungen beihilfefähig für</p> <ol style="list-style-type: none">1. Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,2. notwendige Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie,3. Fahrten nach Absatz 1 Nummer 1 bis 5 beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Personen<ol style="list-style-type: none">a) mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, BI oder H oderb) der Pflegegrade 3 bis 5 oder4. Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Festsetzungsstelle der Verlegung zugestimmt hat. <p>Ist der Anlass der Fahrt aus den Belegen nicht ersichtlich, so ist dieser auf andere Weise nachzuweisen.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(3) Wirtschaftlich angemessen sind nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und dem Ort der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(4) Erstattet werden:</p> <ol style="list-style-type: none">1. bei Rettungsfahrten und -flügen sowie bei Fahrten mit Krankentransportwagen der nach dem jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechnete Betrag; fehlt dieser, gilt § 6 Absatz 3 und 5 Satz 3 und Absatz 6,2. bei Benutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Kosten in Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse,3. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten entsprechend § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes; bei gemeinsamer Fahrt einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person mit weiteren beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen mit einem Kraftfahrzeug sind die Fahrtkosten insgesamt nur einmal beihilfefähig,4. bei Fahrten mit einem Taxi, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, die Kosten bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxiordnung berechneten Taxe.	<p>unverändert</p>
---	--------------------

<p>(5) Nicht beihilfefähig sind</p> <ol style="list-style-type: none">1. die Kosten für die Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise,2. die Kosten für die Beförderung anderer Personen als der erkrankten beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,3. die Kosten für andere als die in Absatz 1 Nummer 6 genannten Besuchsfahrten,4. die Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union. <p>Kosten nach Satz 1 Nummer 4 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn zwingende medizinische Gründe für Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union vorliegen. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die Erteilung der Zustimmung bedarf des Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat.</p>	<p>(5) Nicht beihilfefähig sind</p> <ol style="list-style-type: none">1. die Kosten für die Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise,2. die Kosten für die Beförderung anderer Personen als der erkrankten beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,3. die Kosten für andere als die in Absatz 1 Nummer 6 genannten Besuchsfahrten,4. die Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union, <u>sofern hierzu das Aufenthaltsland verlassen wird.</u> <p>Kosten nach Satz 1 Nummer 4 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn zwingende medizinische Gründe für Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union vorliegen. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die Erteilung der Zustimmung bedarf des Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat.</p>
<p>(6) Ist für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort einschließlich der Kosten für die Rückfahrt beihilfefähig, wenn</p> <ol style="list-style-type: none">1. eine sofortige Behandlung geboten war oder2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat; in Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen. <p>Die Hin- und Rückfahrt gelten als eine Fahrt.</p>	<p>unverändert</p>

§ 33	§ 33
Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten	Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten
<p>Beihilfefähig sind Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen Erkrankung, anlässlich einer im Regelfall tödlich verlaufenden Erkrankung oder anlässlich einer Erkrankung, die diesen beiden Arten von Erkrankungen wertungsmäßig vergleichbar ist, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und 2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. <p>Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat herzustellen.</p>	<p>Beihilfefähig sind Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen Erkrankung, anlässlich einer im Regelfall tödlich verlaufenden Erkrankung oder anlässlich einer Erkrankung, die diesen beiden Arten von Erkrankungen wertungsmäßig vergleichbar ist, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und 2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. <p>Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat herzustellen.</p>
Abschnitt 3	Abschnitt 3
Rehabilitation	Rehabilitation
§ 34	§ 34
Anschlussheil- und Suchtbehandlungen	Anschlussheil- und Suchtbehandlungen
<p>(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 oder § 111c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. Satz 1 gilt auch für Anschlussheilbehandlungen, wenn diese nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig sind.</p>	unverändert

<p>(2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(3) Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die ärztliche Verordnung die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art und Dauer begründet. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbehandlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. In Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(4) § 26 Absatz 1 Nummer 5, § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 2 bis 4 und 5 Buchstabe a und b gelten entsprechend, jedoch ohne die zeitliche Begrenzung nach § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 Buchstabe a und b auf 21 Tage.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(5) Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderung sind beihilfefähig</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 31 Absatz 4 Nummer 1, 2. bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den für Fahrten in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten, 3. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs entsprechend § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme, 4. bei Benutzung eines Taxis nur, wenn der Festsetzungsstelle auf Grund einer ärztlichen Bestätigung die Notwendigkeit der Beförderung nachgewiesen wird und die Festsetzungsstelle die Aufwendungen vorher anerkannt hat. 	<p>(5) Fahrtkosten für die An- und Abreise<u>Kosten für die Hin- und Rückfahrt</u> einschließlich Gepäckbeförderung sind beihilfefähig</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 31 Absatz 4 Nummer 1, 2. bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den für Fahrten in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten, 3. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs entsprechend § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme, 4. bei Benutzung eines Taxis nur, wenn der Festsetzungsstelle auf Grund einer ärztlichen Bestätigung die Notwendigkeit der Beförderung nachgewiesen wird und die Festsetzungsstelle die Aufwendungen vorher anerkannt hat. <p><u>4.5. bei Fahrten zu und von ambulanten Maßnahmen, wenn die Fahrten entweder durch die Rehabilitationseinrichtung selbst oder durch einen von ihr beauftragten Dienstleister durchgeführt werden, jedoch nicht mehr als 10 Euro pro Behandlungstag.</u></p>
<p>(6) Werden unter den Voraussetzungen des Absatzes 3 Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 oder Absatz 2 in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, sind Aufwendungen nur entsprechend den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25, 26a und § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 bis 4 beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>§ 35</p>	<p>§ 35</p>
<p>Rehabilitationsmaßnahmen</p>	<p>Rehabilitationsmaßnahmen</p>

<p>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none">1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht oder in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind,2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert,4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1,5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. <p>Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat gibt die Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte durch Rundschreiben bekannt. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden.</p>	<p>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none">1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht oder in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind,2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert,4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1,5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. <p>Das Bundesministerium des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat gibt die Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte durch Rundschreiben bekannt. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden.</p>
--	--

(2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25 und 26 Absatz 1 Nummer 5 beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig:

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderung
 - a) bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 31 Absatz 4 Nummer 1,
 - b) bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten, insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
 - c) bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs nach § 31 Absatz 4 Nummer 3, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
 - d) bei Benutzung eines Taxis nur in Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 oder § 31 Absatz 2 Nummer 3 unter Beachtung des § 36 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4,
2. nachgewiesener Verdienstaufschlag einer Begleitperson,
3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitperson,
4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
 - a) bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
 - b) der Begleitperson bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage bis zur Höhe des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,
 - c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in

(2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25 und 26 Absatz 1 Nummer 5 beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig:

1. ~~Fahrtkosten für die An- und Abreise~~Kosten für die Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderung
 - a) bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 31 Absatz 4 Nummer 1,
 - b) bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten, insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
 - c) bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs nach § 31 Absatz 4 Nummer 3, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
 - d) bei Benutzung eines Taxis nur in Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 oder § 31 Absatz 2 Nummer 3 unter Beachtung des § 36 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4,
2. nachgewiesener Verdienstaufschlag einer Begleitperson,
3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitperson,
4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
 - a) bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
 - b) der Begleitperson bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage bis zur Höhe des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,
 - c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in

<p>Rechnung stellt,</p> <p>d) bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage und</p> <p>e) der Begleitperson bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage.</p> <p>Aufwendungen für eine Begleitperson sind nur beihilfefähig, wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung aus dem Gutachten nach § 36 Absatz 1 Satz 2 hervorgeht; bei Personen bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr wird die medizinische Notwendigkeit der Begleitung unterstellt. Bei Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 sind nachgewiesene Fahrtkosten bis zu 10 Euro pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt beihilfefähig, sofern die Rehabilitationseinrichtung keine kostenfreie Transportmöglichkeit anbietet. Bei der Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs oder eines anderen motorgetriebenen Fahrzeugs gilt § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes entsprechend. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 sind bis zur Höhe des Betrages nach Anlage 9 Abschnitt 1 Nummer 7 je Übungseinheit beihilfefähig.</p>	<p>Rechnung stellt,</p> <p>d) bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage und</p> <p>e) der Begleitperson bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage.</p> <p>Aufwendungen für eine Begleitperson sind nur beihilfefähig, wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung aus dem Gutachten einer <u>ärztlichen Bescheinigung</u> nach § 36 Absatz 1 Satz 2 hervorgeht; bei Personen bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr wird die medizinische Notwendigkeit der Begleitung unterstellt. Bei Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 sind nachgewiesene Fahrtkosten bis zu 10 Euro pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt beihilfefähig, sofern die Rehabilitationseinrichtung keine kostenfreie Transportmöglichkeit anbietet. Bei der Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs oder eines anderen motorgetriebenen Fahrzeugs gilt § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes entsprechend. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 sind bis zur Höhe des Betrages nach Anlage 9 Abschnitt 1 Nummer 7 je Übungseinheit beihilfefähig.</p>
<p>(3) Ist bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in der stationären Rehabilitationseinrichtung jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson außerhalb der Rehabilitationseinrichtung bis zur Höhe der Kosten nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 Buchstabe b beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>§ 36</p>	<p>§ 36</p>
<p>Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen</p>	<p>Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen</p>

(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten einer Amtsärztin, eines Amtsarztes, einer von ihr beauftragten Ärztin oder eines von ihr beauftragten Arztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen,
3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 erzielt werden kann; dies gilt nicht, wenn eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegt,
4. eine Fahrt mit einem Taxi nach § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe d medizinisch notwendig ist, und
5. eine Begleitperson medizinisch notwendig ist.

Für die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist ein Gutachten nicht notwendig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer solchen Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme. In Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. ~~Sie hat hierzu ein Gutachten einer Amtsärztin, eines Amtsarztes, einer von ihr beauftragten Ärztin oder eines von ihr beauftragten Arztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass~~ Die Anerkennung setzt voraus, dass eine ärztliche Bescheinigung Aussagen dazu trifft, dass

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. ~~eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen,~~ bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 4 eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen,
3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 erzielt werden kann; dies gilt nicht, wenn eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegt,
4. eine Fahrt mit einem Taxi nach § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe d medizinisch notwendig ist, und
5. eine Begleitperson medizinisch notwendig ist.

Der ärztlichen Bescheinigung steht bei Diagnosen aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie nach den §§ 19 bis 21 und 30a die Bescheinigung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleich. Für die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist eine ärztliche Bescheinigung ~~ein Gutachten~~ nicht notwendig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit

	<p>eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer solchen Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme. In Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.</p>
<p>(2) Die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.</p>	<p>2) Die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachtender ärztlichen Bescheinigung ist aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.</p>
<p>(3) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in einer ausländischen Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn vor Beginn der Maßnahme die oder der von der Festsetzungsstelle beauftragte Ärztin oder Arzt die Einrichtung für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme auf Grund der in § 9 Abs. 1 erwähnten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat.</p>	<p>unverändert</p>

Kapitel 3	Kapitel 2
Aufwendungen in Pflegefällen	Aufwendungen in Pflegefällen
§ 37	§ 37
Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen	Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen
<p>(1) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen Leistungen der Pflegeversicherung <ol style="list-style-type: none"> a) beziehen oder b) beantragt haben und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht und 2. eine entsprechende Vereinbarung des Bundes und den Trägern der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht. <p>Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat bekanntgegeben.</p>	<p>(1) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen Leistungen der Pflegeversicherung <ol style="list-style-type: none"> a) beziehen oder b) beantragt haben und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht und 2. eine entsprechende Vereinbarung des Bundes und den Trägern der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht. <p>Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat bekanntgegeben.</p>
<p>(2) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen nach Maßgabe der §§ 38 bis 38g und der §§ 39 bis 39b, wenn sie pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind.</p>	<p>unverändert</p>

§ 38a	§ 38a
Häusliche Pflege	Häusliche Pflege
<p>(1) Aufwendungen für häusliche Pflege entsprechend § 36 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte erbracht wird, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn Aufwendungen wegen desselben Sachverhalts für eine häusliche Krankenpflege nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.</p>	unverändert
<p>(2) Aufwendungen für Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none">1. zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden oder2. zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen Personen bei der Gestaltung ihres Alltags <p>sind entsprechend den §§ 45a und 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.</p>	unverändert

<p>(3) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 wird eine Pauschalbeihilfe gewährt, sofern die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 2 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten die Pauschalbeihilfe zur Hälfte.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(4) Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, wird die Pauschalbeihilfe für den Teilmonat nur anteilig gewährt; dabei ist ein Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Pauschalbeihilfe wird fortgewährt</p> <ol style="list-style-type: none">1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. <p>Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe. Verstirbt die pflegebedürftige Person, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.</p>	<p>(4) Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, wird die Pauschalbeihilfe für den Teilmonat nur anteilig gewährt; dabei ist ein Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Pauschalbeihilfe wird fortgewährt</p> <ol style="list-style-type: none">1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr, <u>im Fall des § 39 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr,</u> und2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. <p>Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe. Verstirbt die pflegebedürftige Person, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.</p>
<p>(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht.</p>	<p>(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. <u>Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch nach den §§ 74 bis 76 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch besteht.</u></p>

<p>(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sofern für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.</p>	<p>(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 <u>§ 37 Absatz 3 bis 3b</u> des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sofern für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 <u>3c</u> des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.</p>
<p>§ 38b</p>	<p>§ 38b</p>
<p>Kombinationsleistungen</p>	<p>Kombinationsleistungen</p>
<p>(1) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach § 38a Absatz 1 nur teilweise durch eine geeignete Pflegekraft, die die Voraussetzungen nach § 38a Absatz 1 Satz 2 erfüllt, wird neben der Beihilfe anteilige Pauschalbeihilfe nach § 38a Absatz 3 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach § 38a Absatz 1 gewährt wird.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(2) Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und 2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. <p>Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe.</p>	<p>(2) Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr, <u>im Fall des § 39 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr,</u> und 2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. <p>Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe.</p>
<p>(3) Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten ungeminderte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.</p>	<p>unverändert</p>

§ 38c	§ 38c
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	<u>Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Verhinderungspflege, Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson</u>
<p>Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.</p>	<p><u>(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs oder Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.</u></p>
	<p><u>(2) Aufwendungen für eine Versorgung der pflegebedürftigen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind nach § 42a Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 und Absatz 5 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nur beihilfefähig, wenn kein Anspruch nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht. Für die Fahrtkosten gilt § 34 Absatz 5 entsprechend. Abweichend von § 38a Absatz 4 Satz 2 ruhen Ansprüche nach § 38a einschließlich der Pauschalbeihilfe, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung befindet und die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach Satz 1 versorgt wird. Erfolgt die Versorgung der pflegebedürftigen Person nach § 42a Absatz 2 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, so sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts beihilfefähig.</u></p>

§ 38g	§ 38g
<p align="center">Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes</p>	<p align="center"><u>Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen</u> <u>Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes</u></p>
<p>Beihilfefähig sind Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und 2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. <p>Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist derjenige Betrag dem Grunde nach beihilfefähig, der für die Berechnung der anteiligen Versicherungsleistungen zugrunde gelegt worden ist.</p>	<p><u>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und</u> 2. <u>Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.</u> <p><u>Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist derjenige Betrag dem Grunde nach beihilfefähig, der für die Berechnung der anteiligen Versicherungsleistungen zugrunde gelegt worden ist.</u></p>
	<p><u>(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>digitale Pflegeanwendungen bei häuslicher Pflege entsprechend § 40a des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter der Voraussetzung, dass die Notwendigkeit der Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen durch die private oder soziale Pflegeversicherung anerkannt wurde, und</u> 2. <u>ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen entsprechend § 39a des Elften Buches Sozialgesetzbuch.</u> <p><u>Die Aufwendungen nach Satz 1 sind insgesamt nur bis zur Höhe des in § 40b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages beihilfefähig.</u></p>

§ 39	§ 39
Vollstationäre Pflege	Vollstationäre Pflege
<p>(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind:</p> <ol style="list-style-type: none">1. pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und2. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, sofern hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird. <p>§ 43 Absatz 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.</p>	<p>(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind:</p> <ol style="list-style-type: none">1. pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und2. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, sofern hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird. <p><u>§ 43 Absatz 2 und 4 und § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. § 43 Absatz 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.</u></p>

(2) Rechnet die Pflegeeinrichtung monatlich ab, so sind auf besonderen Antrag Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, sowie für Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten beihilfefähig, sofern von den durchschnittlichen monatlichen nach Absatz 3 maßgeblichen Einnahmen höchstens ein Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

1. 8 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede beihilfeberechtigte und jede berücksichtigungsfähige Person sowie für jede Ehegattin oder jeden Ehegatten oder für jede Lebenspartnerin oder jeden Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach Absatz 1 oder nach § 43 Absatz 1, 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
2. 30 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für eine beihilfeberechtigte Person sowie für eine Ehegattin oder einen Ehegatten oder für eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die oder den kein Anspruch nach Absatz 1 oder nach § 43 Absatz 1, 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
3. 3 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 oder nach § 43 Absatz 1, 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht, und
4. 3 Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die beihilfeberechtigte Person.

Satz 1 gilt bei anderen Abrechnungszeiträumen entsprechend. Hat eine beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Person Anspruch auf Zuschuss zu den Unterkunfts-, Investitions- und Verpflegungskosten nach landesrechtlichen Vorschriften, sind die Aufwendungen nach Satz 1 in Höhe des tatsächlich gezahlten Zuschusses zu mindern.

unverändert

(3) Maßgeblich sind die im Kalenderjahr vor der Antragstellung erzielten Einnahmen. Einnahmen sind:

1. die Bruttobezüge nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben, und der Altersteilzeitzuschlag; unberücksichtigt bleibt der kinderbezogene Familienzuschlag,
2. die Bruttobezüge nach § 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben; unberücksichtigt bleiben das Sterbegeld nach § 18 des Beamtenversorgungsgesetzes, der Unterschiedsbetrag nach § 50 Absatz 1 Satz 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, sofern der beihilfeberechtigten Person nicht nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen, sowie der Unfallausgleich nach § 35 des Beamtenversorgungsgesetzes und die Unfallentschädigung nach § 43 des Beamtenversorgungsgesetzes,
3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person, der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt; eine Leistung für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberücksichtigt,
4. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; unberücksichtigt bleibt der Anteil einer gesetzlichen Rente, der der Besteuerung unterliegt.

Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die beihilfeberechtigte Person glaubhaft, dass die aktuellen Einnahmen voraussichtlich wesentlich geringer sind als die im Kalenderjahr vor der Antragstellung erzielten durchschnittlichen monatlichen Einnahmen, sind die Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde zu legen. Hat

unverändert

<p>die beihilfeberechtigte Person keine Einnahmen nach Satz 1 aus dem Kalenderjahr vor Antragstellung, werden die voraussichtlichen Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde gelegt. Befinden sich verheiratete oder in einer Lebenspartnerschaft lebende Personen in vollstationärer Pflege und verstirbt die beihilfeberechtigte Person, sind die aktuellen Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde zu legen, bis die Voraussetzungen nach Satz 4 nicht mehr vorliegen.</p>	
<p>(4) Beihilfefähig sind Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung entsprechend § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.</p>	unverändert
<p>(5) Beihilfefähig sind Aufwendungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn</p> <ol style="list-style-type: none">1. die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder2. festgestellt wurde, dass die zuvor pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist.	unverändert
<p>(6) Absatz 2 gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.</p>	unverändert

§ 39b	§ 39b
Aufwendungen bei Pflegegrad 1	Aufwendungen bei Pflegegrad 1
<p>Für pflegebedürftige behinderberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen des Pflegegrades 1 sind Aufwendungen beihilfefähig für:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beratung im eigenen Haushalt nach § 38a Absatz 6, 2. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38f, ohne dass Aufwendungen nach § 38a Absatz 1, 2 oder 3 oder nach § 38b entstanden sein müssen, 3. Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 38g, 4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 39 Absatz 4, 5. vollstationäre Pflege nach § 39 Absatz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich, 6. den Entlastungsbetrag nach § 38a Absatz 2 in Verbindung mit § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, 7. Rückstufung nach § 39 Absatz 5. <p>Daneben beteiligt sich der Bund an den Kosten der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 1 und an den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 38h Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2.</p>	<p>Für pflegebedürftige behinderberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen des Pflegegrades 1 sind Aufwendungen beihilfefähig für:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beratung im eigenen Haushalt nach § 38a Absatz 6, 2. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38f, ohne dass Aufwendungen nach § 38a Absatz 1, 2 oder 3 oder nach § 38b entstanden sein müssen, 3. <u>Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen nach § 38g, Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 38g,</u> 4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 39 Absatz 4, 5. vollstationäre Pflege nach § 39 Absatz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich <u>des in § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages,</u> 6. den Entlastungsbetrag nach § 38a Absatz 2 in Verbindung mit § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, 6-7. <u>Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38f Satz 2,</u> 7-8. Rückstufung nach § 39 Absatz 5. <p>Daneben beteiligt sich der Bund an den Kosten der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 1 und an den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 38h Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2.</p>

§ 40	§ 40
Palliativversorgung	Palliativversorgung
<p>(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.</p>	unverändert
<p>(2) Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre palliativmedizinische Versorgung in einem Hospiz sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.</p>	unverändert
<p>(3) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten ambulanter Hospizdienste für erbrachte Sterbebegleitung einschließlich palliativpflegerischer Beratung bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen. Voraussetzung einer Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen. Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat bekanntgegeben.</p>	<p>(3) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten ambulanter Hospizdienste für erbrachte Sterbebegleitung einschließlich palliativpflegerischer Beratung bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen. Voraussetzung einer Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen. Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat bekanntgegeben.</p>
Kapitel 4	Kapitel 4
Aufwendungen in anderen Fällen	Aufwendungen in anderen Fällen
§ 41	§ 41
Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen	Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
<p>(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20i, 25, 25a und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Daneben sind die in Anlage 13 aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen beihilfefähig.</p>	unverändert

<p>(2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für</p> <ol style="list-style-type: none">1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050, 4055 und 4060 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte und Nummer 1 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.	<p>unverändert</p>
<p>(3) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind nach Maßgabe der Anlage 14 beihilfefähig.</p>	<p><u>(3) Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 4 beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis dritten Grades beruht. Aufwendungen nach Satz 1 sind nach Maßgabe der Anlage 14 für folgende Maßnahmen beihilfefähig:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><u>1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung,</u><u>2. genetische Untersuchung,</u><u>3. intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen.</u>
<p>(4) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind nach Maßgabe der Anlage 14a beihilfefähig.</p>	<p><u>(4) Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 4 beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis zweiten Grades beruht. Aufwendungen nach Satz 1 sind nach Maßgabe der Anlage 15 für folgende Maßnahmen beihilfefähig:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><u>1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,</u><u>2. Tumorgewebsdiagnostik,</u><u>3. genetische Analyse (Untersuchung auf Keimmutation),</u><u>4. Früherkennungsmaßnahmen.</u>

<p>(5) Bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen beihilfefähig für</p> <ol style="list-style-type: none">1. ärztliche Beratungen zu Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV,2. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.	<p>unverändert</p>
<p>(6) Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Vorschriften dieser Verordnung beihilfefähig sind, in Verwaltungsvorschriften für diejenigen Fälle ausnahmsweise zulassen, in denen die Gewährung von Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist.</p>	<p>(6) Das Bundesministerium des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Vorschriften dieser Verordnung beihilfefähig sind, in Verwaltungsvorschriften für diejenigen Fälle ausnahmsweise zulassen, in denen die Gewährung von Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist.</p>
<p>(7) § 31 Abs. 5 in Verbindung mit § 49 Absatz 4 Nummer 3 gilt entsprechend.</p>	<p>(7) § 31 <u>Absatz Abs.-5-6</u> in Verbindung mit § 49 Absatz 4 Nummer 3 gilt entsprechend.</p>

§ 42	§ 42
Schwangerschaft und Geburt	Schwangerschaft und Geburt
<p>(1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach Kapitel 2 beihilfefähig Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none">1. ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung,3. von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Absatz 4 gilt entsprechend.	<p>(1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach Kapitel 2 beihilfefähig Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none">1. ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung,3. von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Absatz 4<u>5</u> gilt entsprechend.
<p>(2) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind in Geburtsfällen zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft beihilfefähig. § 32 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der Lebenspartnerin, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren.</p>	<p>unverändert</p>

§ 43	§ 43
Künstliche Befruchtung	Künstliche Befruchtung
<p>(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, wenn</p> <ol style="list-style-type: none">1. die künstliche Befruchtung nach ärztlicher Feststellung erforderlich ist,2. nach ärztlicher Feststellung eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die künstliche Befruchtung eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,3. die Personen, die eine künstliche Befruchtung in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,4. beide Ehegatten das 25. Lebensjahr vollendet haben,5. die Ehefrau das 40. Lebensjahr und der Ehemann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,6. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden,7. sich die Ehegatten vor Durchführung der künstlichen Befruchtung von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte haben unterrichten lassen und8. die künstliche Befruchtung von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung durchgeführt wird, der oder dem eine Genehmigung nach § 121a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erteilt worden ist.	<p>(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, wenn</p> <ol style="list-style-type: none">1. die künstliche Befruchtung nach ärztlicher Feststellung erforderlich ist,2. nach ärztlicher Feststellung eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die künstliche Befruchtung eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,3. die Personen, die eine künstliche Befruchtung in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,4. beide Ehegatten das 25. Lebensjahr vollendet haben,5. die Ehefrau das 40. Lebensjahr und der Ehemann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,6. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden; <u>und</u>7. sich die Ehegatten vor Durchführung der künstlichen Befruchtung von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte haben unterrichten lassen und die künstliche Befruchtung von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung durchgeführt wird, der oder dem eine Genehmigung nach § 121a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erteilt worden ist.

<p>(2) Die Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung werden der Person zugeordnet, bei der die jeweilige Einzelleistung durchgeführt wird. Die Aufwendungen für folgende Einzelleistungen der künstlichen Befruchtung sind dem Mann zuzuordnen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens,2. notwendige Laboruntersuchungen und3. Beratung der Ehegatten über die speziellen Risiken der künstlichen Befruchtung und für die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung.	<p>unverändert</p>
<p>(3) Die Aufwendungen für folgende Einzelleistungen der künstlichen Befruchtung sind der Frau zuzuordnen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. extrakorporale Leistungen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samen und2. Beratung der Ehegatten über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung.	<p>unverändert</p>
<p>(4) Im Einzelnen sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:</p>	<p>(4) Im Einzelnen sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:</p>

Nr.	Behandlungsmethode	Indikationen	Anzahl der beihilfefähigen Versuche	Nr.	Behandlungsmethode	Indikationen	Anzahl der beihilfefähigen Versuche
1	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen	<ul style="list-style-type: none"> - somatische Ursachen (zum Beispiel Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanalstenose, Dyspareunie) - gestörte Spermatozoen-Mukos-Interaktion - Subfertilität des Mannes - Immunologisch bedingte Sterilität 	acht	1	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen	<ul style="list-style-type: none"> - somatische Ursachen (zum Beispiel Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanalstenose, Dyspareunie) - gestörte Spermatozoen-Mukos-Interaktion - Subfertilität des Mannes - Immunologisch bedingte Sterilität 	acht
2	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen	<ul style="list-style-type: none"> - Subfertilität des Mannes - Immunologisch bedingte Sterilität 	drei	2	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen	<ul style="list-style-type: none"> - Subfertilität des Mannes - Immunologisch bedingte Sterilität 	drei
	In-vitro-	- Zustand nach	drei;		In-vitro-	- Zustand nach	drei;

<p>3</p>	<p>Fertilisation mit Embryo-Transfer, gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als Embryo-Intrafallopian-Transfer</p>	<p>Tubenamputation – anders, auch mikrochirurgisch, nicht behandelbarer Tubenverschluss – anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose – idiopathische, unerklärbare Sterilität, sofern alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung einschließlich einer psychologischen Exploration ausgeschöpft sind – Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind – immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos</p>	<p>der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat</p>	<p>3</p>	<p>Fertilisation mit Embryo-Transfer, gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als Embryo-Intrafallopian-Transfer</p>	<p>Tubenamputation – anders, auch mikrochirurgisch, nicht behandelbarer Tubenverschluss – anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose – idiopathische, unerklärbare Sterilität, sofern alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung einschließlich einer psychologischen Exploration ausgeschöpft sind – Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind – immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 2</p>	<p>der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat</p>
----------	---	---	--	----------	---	--	--

		geblieben sind				keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind	
4	intratubarer Gameten-Transfer	<ul style="list-style-type: none"> - anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose - idiopathische, unerklärbare Sterilität, sofern alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung einschließlich einer psychologischen Exploration ausgeschöpft sind - Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind 	zwei	4	intratubarer Gameten-Transfer	<ul style="list-style-type: none"> - anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose - idiopathische, unerklärbare Sterilität, sofern alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung einschließlich einer psychologischen Exploration ausgeschöpft sind - Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind 	zwei
5	Intracytoplasmatische Spermieninjektion	schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermioogramme, die auf der Grundlage des Handbuchs der Weltgesundheitsorganisation zu „Examination and processing of human semen“ erstellt worden sind; die Untersuchung	drei; der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat	5	Intracytoplasmatische Spermieninjektion	<u>- schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermioogramme, die auf der Grundlage des</u>	drei; der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen

	<p>des Mannes durch Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen</p>			<p><u>Handbuchs der Weltgesundheitsorganisation zu „Examination and processing of human semen“ erstellt worden sind; die Untersuchung des Mannes durch eine Ärztin oder einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen</u> <u>– Intracytoplasmatische Spermieninjektion nach Kryokonservierung nach Absatz 7 bei nachgewiesener Fertilitätsstörung bei der Frau unabhängig von einer männlichen Fertilitätsstörung</u></p>	<p>eine Befruchtung stattgefunden hat</p>
<p>Sofern eine Indikation sowohl für eine In-vitro-Fertilisation als auch für einen intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, sind nur die Aufwendungen für eine Maßnahme beihilfefähig. Das Gleiche gilt bei einer nebeneinander möglichen In-vitro-Fertilisation und einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion. Im Fall eines totalen Fertilisationsversagens beim ersten Versuch einer In-vitro-Fertilisation sind die Aufwendungen für eine Intracytoplasmatische Spermieninjektion für maximal zwei darauffolgende Zyklen beihilfefähig.</p>			<p>Sofern eine Indikation sowohl für eine In-vitro-Fertilisation als auch für einen intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, sind nur die Aufwendungen für eine Maßnahme beihilfefähig. Das Gleiche gilt bei einer nebeneinander möglichen In-vitro-Fertilisation und einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion. Im Fall eines totalen Fertilisationsversagens beim ersten Versuch einer In-vitro-Fertilisation sind die Aufwendungen für eine Intracytoplasmatische Spermieninjektion für maximal zwei darauffolgende Zyklen beihilfefähig.</p>		
<p>(5) Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 2, Absatz 3 und Absatz 4 sind zu 50 Prozent beihilfefähig.</p>			<p>unverändert</p>		

<p>(6) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung nach einer vorhergehenden Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(7) Aufwendungen für Maßnahmen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, insbesondere die Kryokonservierung von Spermazellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen, sind außer in den Fällen des Satzes 2 nicht beihilfefähig. Aufwendungen für eine Kryokonservierung sind beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung unmittelbar durch eine Krankheit bedingt ist und die oberste Dienstbehörde der Beihilfefähigkeit der entsprechenden Aufwendungen zugestimmt hat. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einverständnis mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat herzustellen.</p>	<p>(7) <u>Aufwendungen für die Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder von Keimzellgewebe sowie Aufwendungen für die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Aufwendungen nach Satz 1 können höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Nummer 5 als beihilfefähig anerkannt werden.</u></p>

§ 45a	§ 45a
Organspende und andere Spenden	Organspende und andere Spenden
<p>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen bei postmortalen Organspenden für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung, Organisation der Bereitstellung und für den Transport des Organs zur Transplantation, sofern es sich bei den Organempfängerinnen oder Organempfängern um beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen handelt. Die Höhe der Aufwendungen nach Satz 1 richtet sich nach den Entgelten, die die Vertragsparteien nach § 11 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes vereinbart haben. Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat gibt folgende Pauschalen durch Rundschreiben bekannt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für die Organisation der Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs, 2. für die Aufwandserstattung der Entnahmekrankenhäuser, 3. für die Finanzierung des Transplantationsbeauftragten, 4. für die Finanzierung des Betriebs der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin und des Transplantationsregisters, 5. für die Flugtransportkosten, 6. für den Einsatz des Organ Care Systems je transplantiertem Herz. 	<p>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen bei postmortalen Organspenden für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung, Organisation der Bereitstellung und für den Transport des Organs zur Transplantation, sofern es sich bei den Organempfängerinnen oder Organempfängern um beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen handelt. Die Höhe der Aufwendungen nach Satz 1 richtet sich nach den Entgelten, die die Vertragsparteien nach § 11 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes vereinbart haben. Das Bundesministerium des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat gibt folgende Pauschalen durch Rundschreiben bekannt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. für die Organisation der Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs, 2. für die Aufwandserstattung der Entnahmekrankenhäuser, 3. für die Finanzierung des Transplantationsbeauftragten, 4. für die Finanzierung des Betriebs der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin und des Transplantationsregisters, 5. für die Flugtransportkosten, 6. für den Einsatz des Organ Care Systems je transplantiertem Herz.
<p>(2) Aufwendungen für eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind entsprechend Kapitel 2 und § 7 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig, wenn die Empfängerin oder der Empfänger der Spende eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person ist. Der Spenderin oder dem Spender wird auf Antrag auch der nachgewiesene transplantationsbedingte Ausfall von Arbeitseinkünften anteilig in Höhe des Bemessungssatzes der Empfängerin oder des Empfängers ausgeglichen. Dem Arbeitgeber der Spenderin oder des Spenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt anteilig in Höhe des Bemessungssatzes der Empfängerin oder des Empfängers erstattet. Den Spenderinnen und Spendern gleichgestellt sind Personen, die als Spenderin oder Spender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(3) Aufwendungen für die Registrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen für die Suche nach einer nicht verwandten Blutstammzellspenderin oder einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register sind beihilfefähig.</p>	<p>unverändert</p>
<p>§ 45b</p>	<p>§ 45b</p>
<p>Klinisches Krebsregister</p>	<p>Klinisches Krebsregister</p>
<p>(1) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Krebsregistrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen unmittelbar gegenüber dem klinischen Krebsregister für</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach § 65c Absatz 4 Satz 2 bis 4 und Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie 2. jede landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister nach § 65c Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. <p>Voraussetzung der Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung zwischen dem Bund und dem klinischen Krebsregister.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(2) Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat bekanntgegeben.</p>	<p>(2) Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat bekanntgegeben.</p>

Kapitel 5	Kapitel 5
Umfang der Beihilfe	Umfang der Beihilfe
§ 46	§ 46
Bemessung der Beihilfe	Bemessung der Beihilfe
<p>(1) Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung. In Pflegefällen können, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist, auch Pauschalen gezahlt werden.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(2) Soweit Absatz 3 nichts Anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. beihilfeberechtigte Personen 50 Prozent, 2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent, 3. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 70 Prozent und 4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent. 	<p>unverändert</p>
<p>(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach den §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 5 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, beträgt 70 Prozent. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst auf Grund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.</p>	<p>(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach den §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 6 Satz 2 bis 4 5 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, beträgt 70 Prozent. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst auf Grund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.</p>

<p>(4) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent.</p>	<p>unverändert</p>
<p>§ 47</p>	<p>§ 47</p>
<p>Abweichender Bemessungssatz</p>	<p>Abweichender Bemessungssatz</p>
<p>(1) Die oberste Dienstbehörde oder eine von ihr bestimmte Behörde kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes den Bemessungssatz für Aufwendungen anlässlich einer Dienstbeschädigung angemessen erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Beamtenversorgungsgesetz bestehen.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(2) Den Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den Kapiteln 2 und 4 von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und berücksichtigungsfähigen Personen mit geringen Gesamteinkünften kann die oberste Dienstbehörde für höchstens drei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent ihrer oder seiner Gesamteinkünfte übersteigt. Zu den maßgebenden Gesamteinkünften zählt das durchschnittliche Monatseinkommen der zurückliegenden zwölf Monate aus Bruttoversorgungsbezügen, Sonderzahlungen, Renten, Kapitalerträgen und aus sonstigen laufenden Einnahmen der beihilfeberechtigten Person und ihrer berücksichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1; unberücksichtigt bleiben Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Die geringen Gesamteinkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Ein zu zahlender Versorgungsausgleich der Versorgungsempfängerin oder des Versorgungsempfängers mindert die anzurechnenden Gesamteinkünfte nicht. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 46 ergeben würden.</p>	<p>(2) Den Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den Kapiteln 2 und 4 von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und <u>deren</u> berücksichtigungsfähigen Personen mit geringen Gesamteinkünften kann die oberste Dienstbehörde für höchstens drei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent ihrer oder seiner Gesamteinkünfte übersteigt. Zu den maßgebenden Gesamteinkünften zählt das durchschnittliche Monatseinkommen der zurückliegenden zwölf Monate aus Bruttoversorgungsbezügen, Sonderzahlungen, Renten, Kapitalerträgen und aus sonstigen laufenden Einnahmen der beihilfeberechtigten Person und ihrer berücksichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1; unberücksichtigt bleiben <u>Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz</u> <u>Entschädigungszahlungen an Geschädigte nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch</u>, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Die geringen Gesamteinkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Ein zu zahlender Versorgungsausgleich der Versorgungsempfängerin oder des Versorgungsempfängers mindert die anzurechnenden Gesamteinkünfte nicht. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 46 ergeben würden.</p>
<p>(3) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz in weiteren Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes zwingend geboten ist. Hierbei ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen.</p>	<p>(3) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz in weiteren Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes zwingend geboten ist. Hierbei ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen.</p>

<p>(4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung auf Grund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt. Satz 1 ist nicht anzuwenden auf Aufwendungen nach den §§ 37 bis 39b.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(5) Bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Leistungen und Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Dies gilt nicht für beihilfefähige Aufwendungen, wenn für diese keine Leistungen oder Erstattungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(6) Der Bemessungssatz erhöht sich für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in den Fällen nach § 31 Abs. 5 und § 41 Abs. 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Abs. 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.</p>	<p>(6) Der Bemessungssatz erhöht sich für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in den Fällen nach § 31 Abs.<u>Absatz 5-6</u> und § 41 Abs. 5-6 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Abs. 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.</p>
<p>(7) In Fällen des § 39 Absatz 2 und des § 44 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(8) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, erhöht sich der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ 38 bis 39b auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(9) Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat kann für Gruppen von beihilfeberechtigten Personen Abweichungen von den §§ 46 und 47 festlegen, wenn ihnen bis zum Entstehen eines Beihilfeanspruchs nach dieser Verordnung ein Anspruch auf Beihilfe nach Landesrecht zustand und die Änderung der Anspruchsgrundlage auf einer bundesgesetzlichen Regelung beruht. Die Abweichungen sollen so festgelegt werden, dass wirtschaftliche Nachteile, die sich aus unterschiedlichen Regelungen über den Bemessungssatz ergeben, ausgeglichen werden. Die Festlegung bedarf des Einvernehmens des Bundesministeriums der Finanzen und des Ressorts, das nach der Geschäftsverteilung der Bundesregierung für die Belange der betroffenen beihilfeberechtigten Personen zuständig ist.</p>	<p>(9) Das Bundesministerium des Innern, für Bau und <u>für</u> Heimat kann für Gruppen von beihilfeberechtigten Personen Abweichungen von den §§ 46 und 47 festlegen, wenn ihnen bis zum Entstehen eines Beihilfeanspruchs nach dieser Verordnung ein Anspruch auf Beihilfe nach Landesrecht zustand und die Änderung der Anspruchsgrundlage auf einer bundesgesetzlichen Regelung beruht. Die Abweichungen sollen so festgelegt werden, dass wirtschaftliche Nachteile, die sich aus unterschiedlichen Regelungen über den Bemessungssatz ergeben, ausgeglichen werden. Die Festlegung bedarf des Einvernehmens des Bundesministeriums der Finanzen und des Ressorts, das nach der Geschäftsverteilung der Bundesregierung für die Belange der betroffenen beihilfeberechtigten Personen zuständig ist.</p>
<p>§ 48</p>	<p>§ 48</p>
<p>Begrenzung der Beihilfe</p>	<p>Begrenzung der Beihilfe</p>
<p>(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung, auf Grund anderer Rechtsvorschriften oder auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerenten- und Pflegerentenzusatzversicherungen bleiben unberücksichtigt, soweit sie nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen. Ebenfalls unberücksichtigt bleibt das Sterbegeld nach § 18 Absatz 2 Nummer 2 des Beamtenversorgungsgesetzes. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die Aufwendungen, für die im Einzelfall eine Beihilfe zu gewähren ist, in tatsächlicher Höhe. Die Aufwendungen nach den §§ 35 bis 39b werden jeweils getrennt, die übrigen Aufwendungen zusammen abgerechnet. Dabei ist der Summe der Aufwendungen, die mit dem Antrag geltend gemacht werden und die dem Grunde nach beihilfefähig sind, die Gesamtsumme der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen.</p>	<p>(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung, auf Grund anderer Rechtsvorschriften oder auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerenten- und Pflegerentenzusatzversicherungen bleiben unberücksichtigt, soweit sie nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen. Ebenfalls unberücksichtigt bleibt das Sterbegeld nach § 18 Absatz 2 Nummer 2 des Beamtenversorgungsgesetzes. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die Aufwendungen, für die im Einzelfall eine Beihilfe zu gewähren ist, in tatsächlicher Höhe. <u>Bei der Abrechnung von Aufwendungen ist die Summe der Aufwendungen, die mit dem Antrag geltend gemacht werden und die dem Grunde nach beihilfefähig sind, der Summe der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen. Abweichend davon sind die jeweiligen dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 26 und 35 bis 39b den jeweils entsprechenden Leistungen gegenüberzustellen.</u></p>

<p>(2) Die beihilfeberechtigte Person hat nachzuweisen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. den Umfang des bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes und 2. die gewährten Leistungen. <p>Satz 1 Nummer 2 gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz.</p>	<p>unverändert</p>
<p>§ 49</p>	<p>§ 49</p>
<p>Eigenbehalte</p>	<p>Eigenbehalte</p>
<p>(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 und höchstens um 10 Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten bei</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arznei- und Verbandmitteln nach § 22 Absatz 1 Nummer 1 und 2, Produkten nach § 22 Absatz 5 Satz 1 sowie bei Medizinprodukten nach Anlage 4, 2. Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken nach § 25, 3. Fahrten mit Ausnahme der Fälle nach § 35 Abs. 2, 4. Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag und 5. Psychotherapie je Kalendertag. <p>Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Satz 1 Nummer 1 ist der Apothekenabgabepreis oder der Festbetrag der jeweiligen Packung des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, außer bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln, beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.</p>	<p>(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 und höchstens um 10 Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten bei</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arznei- und Verbandmitteln nach § 22 Absatz 1 Nummer 1 und 2, Produkten nach § 22 Absatz 5 Satz 1 sowie bei Medizinprodukten nach <u>Anlage 4 § 22 Absatz 1 Nummer 4</u>, 2. Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken nach § 25, 3. Fahrten mit Ausnahme der Fälle nach <u>§ 35 Abs. 2 § 34 Absatz 5 und § 35 Absatz 2 Nummer 1</u>, 4. Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag und 5. Psychotherapie je Kalendertag. <p>Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Satz 1 Nummer 1 ist der Apothekenabgabepreis oder der Festbetrag der jeweiligen Packung des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, außer bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln, beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf. <u>Erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung.</u></p>

<p>(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Euro je Kalendertag bei</p> <ol style="list-style-type: none">1. vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 2, § 26a Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 und stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Absatz 1, 2 und 5, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2.	<p>(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Euro je Kalendertag bei</p> <ol style="list-style-type: none">1. vollstationären Krankenhausleistungen nach <u>§ 26a Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 und § 26b und stationären Behandlungen</u> in Rehabilitationseinrichtungen nach <u>§ 34 Absatz 1, 2 und 6</u>, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2.
<p>(3) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei häuslicher Krankenpflege um 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um 10 Euro je Verordnung.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(4) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none">1. Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, außer Fahrtkosten,2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,4. Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung nach § 43 einschließlich der dabei verwendeten Arzneimittel,5. Arznei- und Verbandmittel nach § 22 Absatz 1 Nummer 1 und 2,<ol style="list-style-type: none">a) die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulanten Behandlungen benötigt und<ol style="list-style-type: none">aa) in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oderbb) auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person selbst beschafft worden sind oderb) deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 30 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zugrunde liegt,6. Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind,7. Harn- und Bluttteststreifen,8. Spenderinnen und Spender nach § 45a Absatz 2,9. Arzneimittel nach § 22, wenn auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde vorgenommenen Einschränkung der Verwendbarkeit eines Arzneimittels erneut ein Arzneimittel verordnet werden musste.	<p>(4) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none">1. Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, außer Fahrtkosten,2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,4. Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung nach § 43 einschließlich der dabei verwendeten Arzneimittel,5. Arznei- und Verbandmittel nach § 22 Absatz 1 Nummer 1 und 2,<ol style="list-style-type: none">a) die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulanten Behandlungen benötigt und<ol style="list-style-type: none">aa) in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oderbb) auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person selbst beschafft worden sind oderb) deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 30 Prozent<u>20 Prozent</u> niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zugrunde liegt,6. Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern, für <u>Bau_ und für</u> Heimat beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind,7. Harn- und Bluttteststreifen,8. Spenderinnen und Spender nach § 45a Absatz 2,9. Arzneimittel nach § 22, wenn auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde vorgenommenen Einschränkung der Verwendbarkeit eines Arzneimittels erneut ein Arzneimittel verordnet werden musste.
---	--

§ 50	§ 50												
Belastungsgrenzen	Belastungsgrenzen												
<p>(1) Auf Antrag sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze nach Satz 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, 2. Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, in voller Höhe als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen: 	<p>(1) Auf Antrag sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze nach Satz 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, 2. Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, in voller Höhe als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen: 												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 2 bis A 8 und Anwärterinnen und Anwärter sowie berücksichtigungsfähige Personen</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">8 Euro,</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie berücksichtigungsfähige Personen</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">12 Euro,</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">für beihilfeberechtigte Personen höherer Besoldungsgruppen sowie berücksichtigungsfähige Personen</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">16 Euro.</td> </tr> </table>	für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 2 bis A 8 und Anwärterinnen und Anwärter sowie berücksichtigungsfähige Personen	8 Euro,	für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie berücksichtigungsfähige Personen	12 Euro,	für beihilfeberechtigte Personen höherer Besoldungsgruppen sowie berücksichtigungsfähige Personen	16 Euro.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 2 bis A 8 und Anwärterinnen und Anwärter sowie berücksichtigungsfähige Personen</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">8 Euro,</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie berücksichtigungsfähige Personen</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">12 Euro,</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">für beihilfeberechtigte Personen höherer Besoldungsgruppen sowie berücksichtigungsfähige Personen</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">16 Euro.</td> </tr> </table>	für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 2 bis A 8 und Anwärterinnen und Anwärter sowie berücksichtigungsfähige Personen	8 Euro,	für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie berücksichtigungsfähige Personen	12 Euro,	für beihilfeberechtigte Personen höherer Besoldungsgruppen sowie berücksichtigungsfähige Personen	16 Euro.
für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 2 bis A 8 und Anwärterinnen und Anwärter sowie berücksichtigungsfähige Personen	8 Euro,												
für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie berücksichtigungsfähige Personen	12 Euro,												
für beihilfeberechtigte Personen höherer Besoldungsgruppen sowie berücksichtigungsfähige Personen	16 Euro.												
für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 2 bis A 8 und Anwärterinnen und Anwärter sowie berücksichtigungsfähige Personen	8 Euro,												
für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie berücksichtigungsfähige Personen	12 Euro,												
für beihilfeberechtigte Personen höherer Besoldungsgruppen sowie berücksichtigungsfähige Personen	16 Euro.												

<p>Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Eigenbehalte nach § 49 einbehalten worden sind. Dabei sind die Beträge nach § 49 Absatz 1 bis 3 entsprechend der Höhe des tatsächlichen Abzugs sowie Aufwendungen für Arzneimittel nach Nummer 2 zum entsprechenden Bemessungssatz zu berücksichtigen. Die beihilfeberechtigte Person hat das Einkommen nach § 39 Absatz 3, die anrechenbaren Eigenbehalte und die Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nachzuweisen. Die Belastungsgrenze beträgt für beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Personen zusammen 2 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 2 sowie für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), die zuletzt durch Beschluss vom 15. Februar 2018 (BAnz. AT 05.03.2018 B4) geändert worden ist, 1 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 2.</p>	<p>Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Eigenbehalte nach § 49 einbehalten worden sind. Dabei sind die Beträge nach § 49 Absatz 1 bis 3 entsprechend der Höhe des tatsächlichen Abzugs sowie Aufwendungen für Arzneimittel nach Nummer 2 zum entsprechenden Bemessungssatz zu berücksichtigen Dabei sind sowohl die Beträge nach § 49 Absatz 1 bis 3 als auch die Aufwendungen für Arzneimittel nach Satz 1 Nummer 2 zum entsprechenden Bemessungssatz zu berücksichtigen. Die beihilfeberechtigte Person hat das Einkommen nach § 39 Absatz 3, die anrechenbaren Eigenbehalte und die Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nachzuweisen. Die Belastungsgrenze beträgt für beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Personen zusammen 2 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 2 sowie für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), die zuletzt durch Beschluss vom 15. Februar 2018 (BAnz. AT 05.03.2018 B4) geändert worden ist, 1 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 2.</p>
<p>(2) Maßgeblich ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen. Die Einnahmen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners werden nicht berücksichtigt, wenn sie oder er Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten oder in einer Lebenspartnerschaft lebenden beihilfeberechtigten Personen um 15 Prozent und für jedes Kind nach § 4 Absatz 2 um den Betrag, der sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes ergibt. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(3) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen, ist für die Berechnung der Belastungsgrenze der nach Maßgabe des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetzes zu ermittelnde Regelsatz anzuwenden.</p>	<p>unverändert</p>

Kapitel 6	Kapitel 6
Verfahren und Zuständigkeit	Verfahren und Zuständigkeit
§ 51	§ 51
Bewilligungsverfahren	Bewilligungsverfahren
(1) Über die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Die beihilfeberechtigte Person ist zur Mitwirkung verpflichtet. § 60 Absatz 1 Satz 1, die §§ 62 und 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch sind entsprechend anzuwenden. Die Festsetzungsstelle kann auf eigene Kosten ein Sachverständigengutachten einholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung der oder des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu pseudonymisieren, dass die Gutachterin oder der Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann.	unverändert

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall das Gutachten zugrunde zu legen, das für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt worden ist. Ist die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung versichert, lässt die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen. Satz 2 gilt entsprechend bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, wenn für diese kein Gutachten für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellt worden ist. Auf Antrag kann die Festsetzungsstelle Beihilfe für Aufwendungen in Pflegefällen (§§ 37 bis 39) bis zu zwölf Monate regelmäßig wiederkehrend leisten, wenn die beihilfeberechtigte Person sich in dem Antrag verpflichtet,

1. der Festsetzungsstelle jede Änderung der Angaben im Beihilfeantrag unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen und
2. den Beihilfeanspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten.

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall das Gutachten zugrunde zu legen, das für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt worden ist. Ist die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung versichert, lässt die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen. Satz 2 gilt entsprechend bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, wenn für diese kein Gutachten für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellt worden ist. Auf Antrag kann die Festsetzungsstelle Beihilfe für Aufwendungen in Pflegefällen nach den §§ 37 bis 39 und 39b bei gleichbleibender Höhe regelmäßig wiederkehrend leisten, wenn die beihilfeberechtigte Person sich in dem Antrag verpflichtet.

1. der Festsetzungsstelle jede Änderung der Angaben im Beihilfeantrag unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen und
2. den Beihilfeanspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten.

Die Festsetzungsstelle hat spätestens zwölf Monate nach der Festsetzung zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Weitergewährung der Beihilfe weiterhin vorliegen.

<p>(3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der beihilfeberechtigten Person bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle als Zweitschrift oder in Kopie mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Bei Aufwendungen nach § 26 sind zusätzlich die Entlassungsanzeige und die Wahlleistungsvereinbarung vorzulegen, die nach § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung oder nach § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes vor Erbringung der Wahlleistungen abgeschlossen worden sind. Bei Aufwendungen nach § 26a gilt Satz 3 entsprechend. Liegen konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass eingereichte Belege gefälscht oder verfälscht sind, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der beihilfeberechtigten Person bei dem Urheber des Beleges Auskunft über die Echtheit einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.</p>	<p>(3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der beihilfeberechtigten Person bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle als Zweitschrift oder in Kopie mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Bei Aufwendungen nach § 26 sind zusätzlich die Entlassungsanzeige <u>auf Verlangen der Festsetzungsstelle</u> und die Wahlleistungsvereinbarung vorzulegen, die nach § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung oder nach § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes vor Erbringung der Wahlleistungen abgeschlossen worden sind. Bei Aufwendungen nach § 26a gilt Satz 3 entsprechend. Liegen konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass eingereichte Belege gefälscht oder verfälscht sind, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der beihilfeberechtigten Person bei dem Urheber des Beleges Auskunft über die Echtheit einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.</p>
<p>(4) Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen. Kann die beihilfeberechtigte Person die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringen, hat die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen festzustellen. Auf Anforderung muss mindestens für eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der erbrachten Leistungen eine Übersetzung vorgelegt werden.</p>	<p>unverändert</p>

<p>(5) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Abschläge für Arzneimittel benötigt werden, können sie einbehalten werden. Soweit die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Belegen herstellt, werden diese einbehalten. Spätestens sechs Monate nach Unanfechtbarkeit des Beihilfebescheides oder nach dem Zeitpunkt, zu dem die Belege für Prüfungen einer der Rabattgewährung nach § 3 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel nicht mehr benötigt werden, sind sie zu vernichten und elektronische Abbildungen spurlos zu löschen.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(6) Der Beihilfebescheid kann vollständig durch automatisierte Einrichtungen erlassen werden, sofern kein Anlass dazu besteht, den Einzelfall durch einen Amtsträger zu bearbeiten.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(7) Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Festsetzungsstelle nach vorheriger Anhörung der beihilfeberechtigten Person zulassen, dass berücksichtigungsfähige Personen oder deren gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter ohne Zustimmung der beihilfeberechtigten Person die Beihilfe selbst beantragen.</p>	<p>unverändert</p>
<p>(8) Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Die Festsetzungsstelle kann bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung anderer unbilliger Härten Ausnahmen zulassen.</p>	<p>(8) Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Die Festsetzungsstelle kann bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung anderer unbilliger Härten Ausnahmen zulassen. <u>Auf die Mindestbetragsregelung nach Satz 1 kann die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der fachaufsichtsführenden Stelle verzichten.</u></p>
<p>(9) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der beihilfeberechtigten Person Abschlagszahlungen leisten.</p>	<p>unverändert</p>

§ 54	§ 54
Antragsfrist	Antragsfrist
<p>(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge die Aufwendungen bezahlt hat. Die Frist beginnt in Fällen des § 45a Absatz 2 Satz 2 und 3 mit Ablauf des Jahres, in dem die Transplantation oder gegebenenfalls der Versuch einer Transplantation erfolgte.</p>	<p>(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres von <u>drei Jahren</u> nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen <u>nach § 38a Absatz 3</u> der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsopferfürsorge <u>Träger der sozialen Entschädigung</u> vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge <u>Träger der sozialen Entschädigung</u> die Aufwendungen bezahlt hat. Die Frist beginnt in Fällen des § 45a Absatz 2 Satz 2 und 3 mit Ablauf des Jahres, in dem die Transplantation oder gegebenenfalls der Versuch einer Transplantation erfolgte.</p>
<p>(2) Die Frist ist auch gewährt, wenn der Antrag von beihilfeberechtigten Personen nach § 3 innerhalb der Frist nach Absatz 1 bei der zuständigen Beschäftigungsstelle im Ausland eingereicht wird.</p>	unverändert
§ 55	§ 55
Geheimhaltungspflicht	Geheimhaltungspflicht
<p>Die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten.</p>	<p>Die bei der Bearbeitung des <u>Beihilfeantrags von</u> <u>Beihilfeangelegenheiten</u> bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten.</p>

§ 56	§ 56
Festsetzungsstellen	Festsetzungsstellen
<p>(1) Festsetzungsstellen sind</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die obersten Dienstbehörden für die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiterinnen und Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden, 2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden für die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs und 3. die Versorgungsstellen für die Anträge der Versorgungsempfängerinnen und der Versorgungsempfänger. 	unverändert
<p>(2) Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Die Übertragung ist im Bundesgesetzblatt zu veröffentlichen.</p>	<p>(2) Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Die <u>Übertragung-Regelung</u> ist im Bundesgesetzblatt zu veröffentlichen.</p>
<p>(3) Die Festsetzungsstellen haben die Abschläge für Arzneimittel nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel geltend zu machen.</p>	unverändert
Kapitel 7	Kapitel 7
Übergangs- und Schlussvorschriften	Übergangs- und Schlussvorschriften
§ 58	§ 58
Übergangsvorschriften	Übergangsvorschriften
<p>(1) Die Anpassung des Betrages nach § 6 Absatz 2 Satz 1 auf Grund der Sätze 6 und 7 des § 6 Absatz 2 erfolgt erstmals für die Beantragung der Beihilfe im Jahr 2024.</p>	unverändert
<p>(2) Die §§ 141, 144 Absatz 1 und 3 und § 145 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.</p>	unverändert
<p>(3) § 51a gilt nicht für bis zum 31. Juli 2018 eingeführte Verfahren zur direkten Abrechnung von beihilfefähigen Aufwendungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 1, 2, 4 und 5.</p>	unverändert

<p>(4) Die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden und deren Schul- oder Berufsabschluss sich im Jahr 2020 durch die COVID-19-Pandemie verzögert, verlängert sich um den Zeitraum der Verzögerung.</p>	<p><u>(4) § 11 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die zum Behandlungsdatum ihren gewöhnlichen Aufenthalt spätestens seit dem 1. Januar 2021 ununterbrochen im Vereinigten Königreich hatten.</u></p>
	<p><u>(5) Aufwendungen für Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal entsprechend § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, um die notwendige Versorgung des Pflegebedürftigen zu gewährleisten, sind bis zum 31. Dezember 2025 beihilfefähig.</u></p>
	<p><u>(6) Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, deren Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung oder nach einem Gesetz, das das Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung ganz oder teilweise für anwendbar erklärt, bestandskräftig festgestellt sind, gelten die Vorschriften des § 8 Absatz 4 Satz 4 Nummer 1, des § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1, des § 38a Absatz 5, des § 47 Absatz 2 Satz 2 und des § 54 Absatz 1 Satz 3 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter. Satz 1 gilt auch für ab 1. Januar 2024 entstehende Ansprüche nach dem Soldatenversorgungsgesetz in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz.</u></p>

Anlage 1	Anlage 1
Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen (zu § 6 Absatz 2)	Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen (zu § 6 Absatz 4 Satz 2)
Abschnitt 1 Völliger Ausschluss	Abschnitt 1 Völliger Ausschluss
2.7 Bruchheilung ohne Operation	2.7 Bruchheilung <u>von Eingeweiden (Hernien)</u> ohne Operation
3.3 computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologischbedingten Erkrankung oder Schädigung	<u>aufgehoben</u>
3.4 cytotoxologische Lebensmitteltests	3. <u>34</u> cytotoxologische Lebensmitteltests
13.1 modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)	13.1 modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin) <u>aufgehoben</u>
15.1 osmotische Entwässerungstherapie	15.1 osmotische Entwässerungstherapie
	<u>16.1 Photobiomodulation (PBM) bei trockener altersbedingter Makuladegeneration (AMD).</u>
16.1 photodynamische Therapie in der Parodontologie	16. <u>42</u> photodynamische Therapie in der Parodontologie
16.2 Psycotron-Therapie	16. <u>23</u> Psycotron-Therapie
16.3 pulsierende Signaltherapie	16. <u>34</u> pulsierende Signaltherapie
16.4 Pyramidenenergiebestrahlung	16. <u>45</u> Pyramidenenergiebestrahlung
	<u>22.3 visuelle Restitutionstherapie</u>
Abschnitt 2 Teilweiser Ausschluss	Abschnitt 2 Teilweiser Ausschluss
	<u>8. Modifizierte Eigenblutbehandlung</u>

	<p><u>a) Zahnheilkunde</u> <u>Aufwendungen für eine Behandlung mit autologen Thrombozytenkonzentraten wie plättchenreiches Plasma (PRP) und plättchenreiches Fibrin (PRF) sind nur beihilfefähig nach Extraktion eines Zahnes oder mehrerer Zähne</u> <u>aa) zum Volumenerhalt des Knochens beispielsweise Alveolarfortsatzes (postextraktioneller, zum Beispiel präimplantologisch indizierter Kieferkammerhalt; Socket/Ridge Preservation) oder</u> <u>bb) zur Verbesserung der Alveolenheilung und Reduktion des Alveolitis-Risikos (PRF als solide PRF-Plug-Matrix) insbesondere im Rahmen einer operativen Weisheitszahnentfernung.</u></p> <p><u>b) Augenheilkunde</u> <u>Aufwendungen für eine Behandlung mit autologen Serumaugentropfen aus Eigenblut als Tränenersatzstoff sind nur beihilfefähig bei einer trockenen Glandulae tarsales (Meibom-Drüsen-Dysfunktion, Sicca-Syndrom, Keratokonjunktivitis sicca etc.).</u></p>
<p>8. Ozontherapie</p>	<p>89. Ozontherapie</p>
<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.</p>	<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.</p>
<p>9. Radiale extrakorporale Stoßwellentherapie (r-ESWT)</p>	<p>910. Radiale extrakorporale Stoßwellentherapie (r-ESWT)</p>
<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis oder einer therapierefraktären Fasciitis plantaris. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach Nummer 302 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Zuschläge sind nicht beihilfefähig.</p>	<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis oder einer therapierefraktären Fasciitis plantaris. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach Nummer 302 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Zuschläge sind nicht beihilfefähig.</p>
<p>10. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)</p>	<p>1140. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)</p>

<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (zum Beispiel Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 9 beihilfefähig.</p>	<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (zum Beispiel Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 9 beihilfefähig.</p>
<p>11. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten</p>	<p><u>1244.</u> Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten</p>
<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.</p>	<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.</p>
<p>12. Visusverbessernde Maßnahmen</p>	<p><u>1342.</u> Visusverbessernde Maßnahmen</p>
<p>a) Austausch natürlicher Linsen</p>	<p>a) Austausch natürlicher Linsen</p>
<p>Bei einer reinen visusverbessernden Operation sind Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn der Austausch die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen. Die Aufwendungen für die Linsen sind dabei nur bis zur Höhe der Kosten einer Monofokallinse, höchstens bis zu 270 Euro pro Linse beihilfefähig. Satz 2 gilt auch für Linsen bei einer Kataraktoperation.</p>	<p>Bei einer reinen visusverbessernden Operation sind Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn der Austausch die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen. Die Aufwendungen für die Linsen sind dabei nur bis zur Höhe der Kosten einer Monofokallinse, höchstens bis zu 270 Euro pro Linse beihilfefähig. Satz 2 gilt auch für Linsen bei einer Kataraktoperation.</p>
<p>b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung</p>	<p>b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung</p>
<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch eine Brille oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.</p>	<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch eine Brille oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.</p>
<p>c) Implantation einer additiven Linse, auch einer Add-on-Intraokularlinse</p>	<p>c) Implantation einer additiven Linse, auch einer Add-on-Intraokularlinse</p>
<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.</p>	<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.</p>
<p>d) Implantation einer phaken Intraokularlinse</p>	<p>d) Implantation einer phaken Intraokularlinse</p>
<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.</p>	<p>Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.</p>

Aufwendungen für visusverbessernde Maßnahmen sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle den Maßnahmen vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt hat.	Aufwendungen für visusverbessernde Maßnahmen sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle den Maßnahmen vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt hat.
Anlage 2	Anlage 2
(zu § 6 Absatz 3 Satz 4) Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen	(zu § 6 Absatz 5 Satz 4) Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen
Anlage 3	Anlage 3
Abschnitt 3 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	Abschnitt 3 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
	<u>3. Abweichend von Nummer 1 dürfen Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie bei Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, sowohl von Personen nach Nummern 1 als auch von Personen nach Nummer 2 erbracht werden.“</u>
3. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:	3 4. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
a) Psychotherapeutische Medizin,	a) Psychotherapeutische Medizin,
b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,	b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder	c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.	d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

<p>Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.</p>	<p>Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.</p>
<p>Abschnitt 4 Verhaltenstherapie</p>	<p>Abschnitt 4 Verhaltenstherapie</p>
<p>1. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:</p>	<p>1. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:</p>
<p>a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,</p>	<p>a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,</p>
<p>b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.</p>	<p>b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.</p>
<p>2. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:</p>	<p>2. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:</p>
<p>a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,</p>	<p>a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,</p>
<p>b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern- und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 6 Absatz 4 der Psychotherapeutenvereinbarung erfüllt,</p>	<p>b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern- und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 6 Absatz 4 der Psychotherapeutenvereinbarung erfüllt,</p>

c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.	c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.
	<u>3.</u> <u>Abweichend von Nummer 1 dürfen Leistungen der Verhaltenstherapie bei Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, sowohl von Personen nach Nummern 1 als auch von Personen nach Nummer 2 erbracht werden.</u>
3. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:	3 4. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,	a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
b) Psychiatrie und Psychotherapie,	b) Psychiatrie und Psychotherapie,
c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder	c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.	d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.
Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärztinnen oder Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.	Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärztinnen oder Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
Anlage 4	<u>aufgehoben</u>
Anlage 5	<u>aufgehoben</u>
Anlage 6	<u>aufgehoben</u>
Anlage 9	Anlage 9
Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel (zu § 23 Absatz 1)	Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel (zu § 23 Absatz 1)
Abschnitt 1 Leistungsverzeichnis	Abschnitt 1 Leistungsverzeichnis

	<p><u>Vorbemerkungen: Wenn im Leistungsverzeichnis ein Richtwert angegeben ist, ist die jeweilige Therapiemaßnahme einschließlich ihrer Vor- und Nachbereitung sowie ihrer Dokumentation innerhalb des durch den Richtwert angegebenen Zeitrahmens durchzuführen. Der Richtwert darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.</u> <u>Einige Therapiemaßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. Der Zeitrahmen für die Nachruhe beträgt 20 bis 25 Minuten.</u></p>
--	---

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Betrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
1	<p>Bereich Inhalation</p> <p>Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung</p> <p>a) als Einzelinhalation</p> <p>b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.</p>	8,00 4,30 6,80	8,80 4,80 7,50
2	<p>Radon-Inhalation</p> <p>a) im Stollen</p> <p>b) mittels Hauben</p>	13,60 16,60	14,90 18,20
3	<p>Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen</p> <p>Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans</p>	15,00	16,50
4	<p>Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur</p>	23,40	25,70

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Inhalation		
1	<p>Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung</p> <p>a) als Einzelinhalation</p> <p>b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.</p>	11,60 4,80 7,50
2	<p>Radon-Inhalation</p> <p>a) im Stollen</p> <p>b) mittels Hauben</p>	14,90 18,20
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	<p>Physiotherapeutische Befundung und Berichte</p> <p>a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall</p> <p>b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person</p>	16,50 63,50
4	<p>Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten</p>	27,80
5	<p>Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF))</p>	44,20

5	Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten				bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten	
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	30,70	33,80		Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	55,20
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	41,20	45,30		7 Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	12,50
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,40	8,20		8 Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	13,00	14,30		9 Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	64,90	71,40		10 Krankengymnastik im Bewegungsbad	
10	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	28,30	31,20		a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	17,80	19,50		b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,70
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen),	14,20	15,60		c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
					11 Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	33,40
					12 Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung,	19,20

	je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten				Richtwert: 15 bis 20 Minuten		
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	27,00	29,70		13	Bewegungsübungen	
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	17,30	19,00			a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	12,90
						b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,00
13	Bewegungsübungen				14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	9,20	10,20			a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,00	6,60			b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,60
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad					c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	28,30	31,20		15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	17,80	19,50		16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	52,40
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	14,20	15,60		17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	98,30	108,10		Bereich Massagen		
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	42,00	46,20		18	Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile	
						a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage,	20,30
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum	8,00	8,80				

18	Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten				Richtwert: 15 bis 20 Minuten	
	Bereich Massagen				b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40
19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile				19 Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	16,60	18,20		a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
20	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	16,60	18,20		b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
	Manuelle Lymphdrainage (MLD)				c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	23,40	25,70		d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	21,50
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	35,00	38,50		20 Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	31,70
21	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	53,00	58,30		Bereich Palliativversorgung	
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	11,30	12,40		21 Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
22	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	27,70	30,50		Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
	Bereich Palliativversorgung				22 Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten	13,60
23	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	60,00	66,00		23 Warmpackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder					a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)
22	Heiße Rolle einschließlich der	12,40	13,60		b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als	36,20

23	erforderlichen Nachruhe				
	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe				
	a) bei Anwendung	14,20	15,60		
	wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)				
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid				
	aa) Teilpackung	32,90	36,20		
	bb) Großpackung	43,40	47,80		
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,90	19,70		
25	Kaltpackung (Teilpackung)				
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem			10,20	
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid			20,30	
26	Heublumensack, Peloidkompressen			12,10	
27	Sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz			6,10	
28	Trockenpackung			4,10	
29	Guss				
	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss			4,10	
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss			6,10	
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung			5,40	
30	An- oder absteigendes Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe				
	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe)			16,20	
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)			26,40	
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe				
	a) Teilbad			12,10	
	b) Vollbad			17,60	
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe			25,10	
33	Naturmoorbade einschließlich der erforderlichen Nachruhe				
	a) Teilbad			43,30	

30	b) Vollguss, Wechselvollguss	Vollblitzguss,	5,50	6,10	34	b) Vollbad	52,70		
	c) Abklatschung, Abwaschung	Abreibung,	4,90	5,40		a) Teilbad	37,90		
31	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe		14,80	16,20	35	b) Vollbad	43,30		
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe		24,00	26,40		35	Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30	
32	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe				36	Medizinische Bäder mit Zusatz			
	a) Teilbad		11,00	12,10		a) Hand- oder Fußbad	8,80		
33	b) Vollbad		16,00	17,60		b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60		
	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		22,80	25,10		c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40		
34	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe				d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10			
	a) Teilbad		39,40	43,30	37	Gashaltige Bäder			
b) Vollbad		47,90	52,70	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe		26,10			
35	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe					b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70		
	a) Teilbad		34,40	37,90		c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70		
36	b) Vollbad		39,40	43,30		d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40		
	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe		39,40	43,30	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10			
36	Medizinisches Bad mit Zusatz				38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.			
	a) Hand- oder Fußbad		8,00	8,80		Bereich Kälte- und Wärmebehandlung			
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		16,00	17,60			39	Kältetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation	12,90
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		22,20	24,40					
d) bei mehreren Zusätzen je weiterer		3,70	4,10						

37	Zusatz Gashaltiges Bad a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	23,40 27,00 25,20 22,20 3,70	25,70 29,70 27,70 24,40 4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 3,70 Euro und ab 1.1.2019 um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.		
39	Bereich Kälte- und Wärmebehandlung Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	11,80	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem	6,80	7,50
	intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten		
40	Wärmetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mittels Heißluft, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50	
41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80	
Bereich Elektrotherapie			
42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20	
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	17,60	
44	Iontophorese	8,20	
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90	
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00	
Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie			
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine	111,20	

41	oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten Ultraschall-Wärmetherapie	10,80	11,90		Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 60 Minuten		
Bereich Elektrotherapie							
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	7,40	8,20		48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 30 Minuten	55,60
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	14,20	15,60				
44	Iontophorese	7,40	8,20				
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	13,60	14,90				
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40	29,00		49	Bericht an die verordnende Person	6,20
Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie					50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
47	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	98,20	108,00		51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	38,00	41,80			a) Richtwert: 30 Minuten	49,40
	b) Richtwert: 45 Minuten	53,60	59,00			b) Richtwert: 45 Minuten	68,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	62,60	68,90			c) Richtwert: 60 Minuten	86,50
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen				52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Richtwert: 30 Minuten	38,00	41,80			a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20
	b) Richtwert: 45 Minuten	53,60	59,00			b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Richtwert: 60 Minuten	62,60	68,90			c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20
	d) Richtwert: 90 Minuten	94,00	103,40			d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht					Bereich Ergotherapie		
					53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
					54	Einzelbehandlung	

52	Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	0				Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall					58 Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,10
	a bis zu 3 Einheiten am Tag, je a Einheit					59 Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten	152,40
)					60 Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	39,40
	aaa bei motorisch-funktionellen Störungen	37,00	40,70			61 Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40
)					Bereich Podologie	
	bbb bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	49,40	54,40			62 Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
	b bis zu 2 Einheiten am Tag, je b Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	61,60	67,70			63 Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20
)					64 Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
	Gruppenbehandlung					65 Erst- und Eingangsbefundung	
a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,50	16,00			a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20	
b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	18,70	20,60			b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50	
c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	34,40	37,90			c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer Richtwert: 20 Minuten	21,90	
d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	63,80	70,20			66 Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40	
53 Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	42,00	46,20			67 Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	96,40	

54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	18,70	20,60		68	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	52,80
	Bereich Podologie				69	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	48,30
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	24,20	26,70		70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	17,20	18,90		71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	22,80	25,10		72	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	17,20	18,90		73	Behandlungsabschluss, ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
59	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	37,80	41,60		Bereich Ernährungstherapie		
60	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	24,20	26,70		74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 30 Minuten	38,70
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	176,90	194,60		75	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 60 Minuten	77,40
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	34,00	37,40		76	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	58,90	64,80		77	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	68,00	74,80		78	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich	34,00	37,40		79	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
					80	Ernährungstherapeutische Intervention im	77,40

	Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen Bereich Ernährungstherapie				häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	60,00	66,00		81 Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
67	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	30,00	33,00		82 Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20
68	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr Bereich Sonstiges	10,00	11,00		Bereich Sonstiges	
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	11,00	12,10		83 Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	22,40
70	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels				84 Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal	14,70
71	Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69 und 70 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.				85 Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Leistungen nach Nummer 55 Buchstabe a bis c, Nummer 59 oder Nummer 80 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nummern 83 und 84 sind daneben nicht beihilfefähig.	22,40
					86 Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40“.

<p>Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.</p>	<p>Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.</p>
<p style="text-align: center;">Abschnitt 2 Erweiterte ambulante Physiotherapie</p>	<p style="text-align: center;">Abschnitt 2 Erweiterte ambulante Physiotherapie</p>
<p>1. Aufwendungen für eine EAP nach Abschnitt 1 Nummer 15 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist und bei einer der folgenden Indikationen angewendet wird:</p>	<p>1. Aufwendungen für eine EAP nach Abschnitt 1 Nummer 15 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist und bei einer der folgenden Indikationen angewendet wird:</p>
<p>d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei</p>	<p>d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei</p>
<p>aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),</p>	<p>aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),</p>
<p>bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach</p>	<p>bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach</p>
<p>aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,</p>	<p>aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,</p>
<p>bbb) Rotatorenmanschettenruptur,</p>	<p>bbb) Rotatorenmanschettenruptur,</p>
<p>ccc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),</p>	<p>ccc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),</p>
<p>ddd) Impingement-Syndrom,</p>	<p>ddd) Impingement-Syndrom,</p>
<p>eee) Schultergelenkluxation,</p>	<p>eee) Schultergelenkluxation,</p>
<p>fff) tendinosis calcarea,</p>	<p>fff) tendinosis calcarea,</p>
<p>ggg) periathritis humero-scapularis,</p>	<p>ggg) periathritis humero-scapularis,</p>
<p>cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,</p>	<p>cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,</p>
	<p><u>dd) Knorpelschaden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage),</u></p>
<p style="text-align: center;">Abschnitt 3 Medizinisches Aufbautraining</p>	<p style="text-align: center;">Abschnitt 3 Medizinisches Aufbautraining, <u>Medizinische Trainingstherapie</u></p>

Anlage 10	Anlage 10
(zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel	(zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel
2. Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	2. Bereich Stimm-, Sprech- und Sprach- <u>und Schluck</u> therapie
Anlage 11	Anlage 11
(zu § 25 Absatz 1 und 4) Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke	(zu § 25 Absatz 1 und 4) Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
Abschnitt 1 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke	Abschnitt 1 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
1.6 Anatomische Brillenfassung	1.6 Anatomische Brillenfassung <u>aufgehoben</u>
2.12 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschalleitgerät)	2.12 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschalleitgerät)
2.13 Blindenstock, -langstock oder -taststock	2.13 Blindenstock, -langstock oder -taststock
	<u>2.14 Blutdruckmessgerät</u>
2.14 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)	2.14 <u>15</u> Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)
2.15 Blutlanzette	2.15 <u>16</u> Blutlanzette
2.16 Blutzuckermessgerät	2.16 <u>17</u> Blutzuckermessgerät
2.17 Bracelet	2.17 <u>18</u> Bracelet
2.18 Bruchband	2.18 <u>19</u> Bruchband
3.3 Communicator (bei dysarthrischen Sprechstörungen)	3.3 Communicator (bei dysarthrischen Sprechstörungen <u>bei Sprech- und Sprachstörungen</u>)
5.4 Elektroscooter bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung	5.4 Elektroscooter <u>Elektromobil</u> bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung
	<u>6.1 Farberkennungsgerät</u>
6.1 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)	6.1 <u>2</u> Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
6.2 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)	6.2 <u>3</u> Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

6.3 Fingerling	6. 34 Fingerling
6.4 Fingerschiene	6. 45 Fingerschiene
6.5 Fixationshilfen	6. 56 Fixationshilfen
6.6 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)	6. 67 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)
7.6 Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung (Continuous Glucose Monitoring – CGM, Flash Glucose Monitoring – FGM) einschließlich Sensoren bei Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus; daneben sind Aufwendungen für übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Bluttteststreifen beihilfefähig	7.6 Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung (Continuous Glucose Monitoring – CGM, Flash Glucose Monitoring – FGM) einschließlich Sensoren bei Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus <u>Personen mit einer behandlungsbedürftigen Stoffwechselerkrankung wie einem behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus</u> ; daneben sind Aufwendungen für übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Bluttteststreifen beihilfefähig
7.11 Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz	7.11 Gummihose <u>sowie saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen)</u> bei Blasen- oder Darminkontinenz
8.8 Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte] sowie In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte] einschließlich Otoplastik, Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen), alle fünf Jahre einschließlich der Nebenkosten, es sei denn, aus medizinischen oder technischen Gründen ist eine vorzeitige Verordnung zwingend erforderlich; Aufwendungen sind für Personen ab 15 Jahren auf 1 500 Euro je Ohr begrenzt, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch indizierte notwendige Fernbedienung; der Höchstbetrag kann überschritten werden, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende Versorgung bei beidseitiger an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten	8.8 Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte] sowie In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte] einschließlich Otoplastik, Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen), alle fünf Jahre einschließlich der Nebenkosten, es sei denn, aus medizinischen oder technischen Gründen ist eine vorzeitige Verordnung zwingend erforderlich; Aufwendungen sind für Personen ab 15 Jahren auf 1 500 Euro je Ohr begrenzt, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch indizierte notwendige Fernbedienung; der Höchstbetrag kann überschritten werden, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende Versorgung bei beidseitiger an Taubheit <u>Gehörlosigkeit</u> grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten
11.21 Krankenfahrstuhl und Zubehör	11.21 Krankenfahrstuhl <u>(auch elektrisch)</u> und Zubehör
19.1 Schemo-Rad	19.1 Schemo-Rad
	<u>19.2 Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist ausgeschlossen)</u>

19.2 Schrägliegebrett	19. 23 Schrägliegebrett
19.3 Schutzbrille für Blinde	19. 34 Schutzbrille für Blinde
19.4 Schutzhelm für Behinderte	19. 45 Schutzhelm für Behinderte
19.5 Schwellstromapparat	19. 56 Schwellstromapparat
19.6 Segofix-Bandagensystem	19. 67 Segofix-Bandagensystem
19.7 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte	19. 78 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
19.8 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht	19. 89 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
19.9 Skolioseumkrümmungsbandage	19. 910 Skolioseumkrümmungsbandage
19.10 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)	19. 4011 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
19.11 Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro	19. 4412 Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro
19.12 Sphinkter-Stimulator	19. 4213 Sphinkter-Stimulator
19.13 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion	19. 4314 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
19.14 Spreizfußbandage	19. 4415 Spreizfußbandage
19.15 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz	19. 4516 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
19.16 Spritzen	19. 4617 Spritzen
19.17 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehenschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)	19. 4718 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehenschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)
19.18 Stehübungsgerät	19. 4819 Stehübungsgerät
19.19 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik	19. 4920 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
19.20 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter	19. 2021 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter
19.21 Stubbies	19. 2422 Stubbies
19.22 Stumpfschutzhülle	19. 2223 Stumpfschutzhülle
19.23 Stumpfstrumpf	19. 2324 Stumpfstrumpf
19.24 Suspensorium	19. 2425 Suspensorium
19.25 Symphysengürtel	19. 2526 Symphysengürtel
22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit	22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit <u>Gehörlosigkeit</u>

<p align="center">Abschnitt 3 Blindenhilfsmittel und Mobilitätstraining</p>	<p align="center">Abschnitt 3 Blindenhilfsmittel und Mobilitätstraining</p>
<p>2. Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung im Gebrauch dieser Hilfsmittel (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:</p>	<p>2. Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung im Gebrauch dieser Hilfsmittel (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:</p>
<p>a) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:</p>	<p>a) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:</p>
<p>aa) Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Unterrichtsstunden 63,50 Euro,</p>	<p>aa) Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Unterrichtsstunden 63,50 Euro <u>85 Euro</u>,</p>
<p>bb) Fahrtzeit der Trainerin oder des Trainers je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird 50,48 Euro,</p>	<p>bb) Fahrtzeit der Trainerin oder des Trainers je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird 50,48 Euro <u>68 Euro</u>,</p>
<p>cc) Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer 0,30 Euro oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,</p>	<p>cc) Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer 0,30 Euro oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels.;</p>
<p>dd) notwendige Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainerin oder des Trainers nicht zumutbar ist, je Tag 26 Euro.</p>	<p>dd) notwendige Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainerin oder des Trainers nicht zumutbar ist, je Tag 26 Euro. <u>aufgehoben</u></p>
<p align="center">Abschnitt 4 Sehhilfen</p>	<p align="center">Abschnitt 4 Sehhilfen</p>
<p align="center">Unterabschnitt 2 Brillengläser zur Verbesserung des Visus</p>	<p align="center">Unterabschnitt 2 Brillengläser zur Verbesserung des Visus</p>
<p>3. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:</p>	<p>3. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:</p>
<p>j) Gläser für Sportbrillen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5,</p>	<p>j) Gläser für Sportbrillen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5 <u>54</u>,</p>
<p>l) Brillenfassungen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5.</p>	<p>l) Brillenfassungen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5 <u>54</u>.</p>

<p align="center">Unterabschnitt 3 Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus</p>	<p align="center">Unterabschnitt 3 Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus</p>
<p>3. Bei Vorliegen einer Indikation nach Nummer 1 sind zusätzlich Aufwendungen für eine Brille nach Unterabschnitt 2 ungeachtet von Unterabschnitt 1 Nummer 2 beihilfefähig. Liegt keine Indikation nach Nummer 1 vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Gläser beihilfefähig.</p>	<p>3. <u>Beihilfefähig sind</u> <u>a) bei Vorliegen einer Indikation nach Nummer 1 sind</u>–zusätzlich Aufwendungen für eine Brille<u>Brillengläser</u> nach Unterabschnitt 2 ungeachtet von Unterabschnitt 1 Nummer 2, <u>b) bei Nichtvorliegen einer Indikation nach Nummer 1 einmalig nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser; im Falle einer Ersatzbeschaffung gelten die Regelungen nach Unterabschnitt 1 Nummer 2 Buchstabe a und b.</u></p>
<p>4. Nicht beihilfefähig sind:</p>	<p>4. Nicht beihilfefähig sind:</p>
<p>d) multifokale Mehrstärkenkontaktlinsen,</p>	<p>d) multifokale Mehrstärkenkontaktlinsen,<u>Kontaktlinsen</u> oder <u>Mehrstärkenkontaktlinsen,</u></p>
<p>e) Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern,</p>	<p>e) Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern,</p>
<p>f) Reinigungs- und Pflegemittel für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.</p>	<p>f) Reinigungs- und Pflegemittel für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.<u>orthokeratologische Kontaktlinsen (Nachtlinsen) zur Korrektur von Fehlsichtigkeit im Schlaf,</u></p>
	<p><u>g) Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.</u></p>
<p align="center">Anlage 12</p>	<p align="center">Anlage 12</p>
<p align="center">(zu § 25 Absatz 1, 2 und 4) Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle</p>	<p align="center">(zu § 25 Absatz 1, 2 und 4) Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle</p>
<p>Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die weder notwendig noch wirtschaftlich angemessen (§ 6 Absatz 1) sind, die einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder einen geringen Abgabepreis haben (§ 25 Absatz 2) oder die zur allgemeinen Lebenshaltung gehören. Nicht beihilfefähig sind insbesondere folgende Gegenstände:</p>	<p>Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die weder notwendig noch wirtschaftlich angemessen (<u>§ 6 Absatz 3</u>) sind, die einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder einen geringen Abgabepreis haben (§ 25 Absatz 2) oder die zur allgemeinen Lebenshaltung gehören. Nicht beihilfefähig sind insbesondere folgende Gegenstände:</p>
<p>2.13 Blutdruckmessgerät</p>	<p><u>2.13 aufgehoben</u></p>
<p>5.11 Ess- und Trinkhilfen</p>	<p><u>5.11 aufgehoben</u></p>

11.8 Krankenunterlagen, es sei denn,	11.8 Krankenunterlagen <u>(saugende Bettschutzeinlagen)</u> , es sei denn,
a) sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitiden),	a) <u>sie sind zur Sicherung der Behandlung einer Krankheit bei Harn- oder Stuhlinkontinenz erforderlich oder</u>
b) neben der Blasen- oder Darminkontinenz liegen so schwere Funktionsstörungen vor (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust), dass sonst der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitiden droht,	b) <u>die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht.</u>

