





[§ 62 LBG](#)

Beamtenengesetz für das Land Brandenburg (Landesbeamtenengesetz-LBG)

[BBhV](#)

Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)

[BBhVwV](#)

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung

[Anlagen](#)

Anlagen

[GOÄ](#)

Gebührenordnung für Ärzte

[GOZ](#)

Gebührenordnung für Zahnärzte

[SGB V](#)

Sozialgesetzbuch- Fünftes Buch  
Gesetzliche Krankenkasse

[SGB XI](#)

Sozialgesetzbuch-Elftes Buch  
Soziale Pflegeversicherung

[Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses G-BA](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)



- Abschlagszahlung
  - Abtretung / Vollmacht
  - Bemessung der Beihilfe
  - Bin ich beihilfeberechtigt? Sind meine Familienangehörigen beihilfefähig?
  - Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen
  
  - **Informationsblatt über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen**
- Stichwortverzeichnis



[Arzneimittel \(dimdi.de\)](#)

[Festbeträge und Zuzahlungen \(dimdi.de\)](#)

➤ **Sind Arznei- und Verbandmittel beihilfefähig?**

Ja - beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang schriftlich verordnete oder während einer Behandlung verbrauchte

- Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes, die apothekenpflichtig sind
- Verbandmittel
- Harn- und Blutteststreifen
- Medizinprodukte die in Anlage 4 zu § 22 Abs. 1 BBhV abschließend aufgeführt sind.

Dies gilt auch entsprechend für Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, Teststreifen und Medizinprodukte, die eine Heilpraktikerin oder ein Heilpraktiker während einer Behandlung verbraucht (§ 22 Abs. 6 BBhV).

**Ausführliche Informationen zu Besonderheiten, ausgeschlossene oder beschränkt beihilfefähige Arzneimittel, Insulinanaloga etc. finden Sie in unserem Informationsblatt**

➤ [\*\*Informationsblatt Arzneimittel\*\*](#)

→ [§ 22 BBhV](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)



- [Privater Auslandsaufenthalt in einem Mitgliedsstaat der EU und außerhalb der Europäischen Union](#)
  - [Allgemeines \(Belege, Übersetzung, Umrechnung\)](#)
  - [Nicht beihilfefähig \(Rückbeförderung\)](#)
  - [Auslandskrankenversicherung](#)
- [Stichwortverzeichnis](#)



- [Sind Aufwendungen für Fahrten beihilfefähig?](#)
- [Welche Beträge erhalte ich von der Beihilfestelle?](#)
- [Welche Fahrten sind nicht beihilfefähig?](#)
- [Was gilt bei Fahrten zur Rehabilitationsmaßnahmen?](#)
- [Werden bei Fahrtkosten Eigenbehalte abgezogen?](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)



- [Welche Heilmittel sind beihilfefähig?](#)
- [Welche Behandlerinnen und Behandler sind beihilfefähig?](#)
- [Gibt es Besonderheiten?](#)
- [Erweiterte ambulante Physiotherapie \(EAP\)](#)
  - Unter welchen Voraussetzungen ist eine EAP beihilfefähig?*
  - Kann die EAP verlängert werden?*
  - Welche Leistungen muss die EAP umfassen?*
  - In welcher Höhe erfolgt die Kostenerstattung?*
- [Medizinisches Aufbautraining \(MAT\)](#)
  - Unter welchen Voraussetzungen ist das MAT beihilfefähig?*
  - Wie oft kann das MAT in Anspruch genommen werden?*
  - In welcher Höhe erfolgt die Kostenerstattung?*

→ [Stichwortverzeichnis](#)



- [Unter welchen Voraussetzungen sind Hilfsmittel beihilfefähig?](#)
- [Werden bei Hilfsmittel Eigenbehalte abgezogen?](#)
- [Gibt es Höchstbeträge für Hilfsmittel?](#)
- [Muss ich einen Eigenbehalt leisten?](#)
- [Ist die Anzahl von Hilfsmitteln beschränkt?](#)
- [Welche Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig?](#)

### Sehhilfen

- [Welche Voraussetzungen gelten für Sehhilfen?](#)
- [Was gilt bei Brillen?](#)
- [Welche Aufwendungen sind nicht beihilfefähig?](#)
- [Was gilt bei Kontaktlinsen?](#)
- [Welche Kotaktlinsen sind ncht beihilfefähig?](#)
- [Gibt es Ausnahmen für therapeutische Sehhilfen?](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)



- Mein Kind benötigt eine kieferorthopädische Behandlung – sind die Aufwendungen dafür beihilfefähig?
  - Sind Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung auch bei Erwachsenen beihilfefähig?
  - Allgemeines zum Thema KFO
- Stichwortverzeichnis



Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern und  
Krankenhausleistungen in nicht zugelassenen Krankenhäusern  
§§ 26 und 26a BBhV

- [Sind Aufwendungen für einen Krankenhausaufenthalt beihilfefähig?](#)  
*Wahlleistungen*
- [Sind Aufwendungen für einen Krankenhausaufenthalt in einer Privatklinik beihilfefähig?](#)
- [Sind Aufwendungen für einen Krankenhausaufenthalt in Privatkliniken für psychische und psychosomatische Erkrankungen beihilfefähig?](#)
- [Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und Beihilfe](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)



- [Monatliche Leistungen der häuslichen Pflege](#)
  - [Betreuungs- und Entlastungsangebote](#)
  - [Vollstationäre Pflege](#)
  - [Kurzzeit- und Verhinderungspflege](#)
  - [Tages- und Nachtpflege](#)
  - [Pflegehilfsmittel und Umbaumaßnahmen](#)
- [Stichwortverzeichnis](#)

**Psychotherapie, psychosomatisch Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung**

**[§§ 18 – 21 BBhV](#)**

### **Sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Behandlung beihilfefähig?**

Ja - Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden, sind nach Maßgabe der Anlage 3 zu den §§ 18 bis 21 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beihilfefähig.

### **Muss ich einen Antrag stellen?**

In einer akuten Situation können Sie sich sofort an eine Fachärztin oder Facharzt bzw. Therapeutin oder Therapeuten wenden. Eine psychosomatische Grundversorgung, eine psychotherapeutische Akutbehandlung sowie eine Kurzzeittherapie sind ebenso wie probatorische Sitzungen ohne vorherige Genehmigung durch die Beihilfestelle möglich.

Soll die Behandlung fortgeführt werden, ist für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ein Gutachterverfahren und die förmliche Anerkennung durch die Festsetzungsstelle erforderlich.

Dazu benötigen Sie den "Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie"

➤ **[Informationsblatt ambulanter psychotherapeutischer Leistungen](#)**

→ [Stichwortverzeichnis](#)

## Rehabilitation

[§ 35 BBhV](#), [§ 36 BBhV](#)

- [Zu den beihilfefähigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen gehören](#)
- [Wo kann eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden?](#)
- **Rehabilitationssport und Funktionstraining** sind abweichend hiervon beihilfefähig, sofern diese ärztlich verordnet sind und entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) durchgeführt werden.

Wichtig: Die beihilfeberechtigte Person hat selbst dafür Sorge zu tragen, sich rechtzeitig vor Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme darüber zu informieren, ob die von ihr ausgewählte Einrichtung einen entsprechenden Versorgungsvertrag geschlossen hat.

- [Muss ich einen Antrag stellen damit die Kosten anerkannt werden?](#)
- [Wie oft kann ich eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchführen?](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)

## Unfall

Bei unfallbedingten Aufwendungen (hierzu zählen auch häusliche Unfälle, Sportverletzungen, Körperverletzungen), sind immer Angaben im Beihilfeantrag erforderlich. Beantworten Sie bitte die entsprechende Frage unter Beifügung einer kurzen Unfallschilderung und kennzeichnen Sie die mit dem Unfall im Zusammenhang stehenden Belege.

Beruhet der Unfall ausschließlich auf **Selbstverschulden**, reicht in der Regel die kurze Darstellung im Beihilfeantrag.

Sollten Sie jedoch einen **Schadensersatzanspruch** gegen eine dritte Person haben, fordern Sie bitte bei der Beihilfestelle das Formblatt „Unfallangaben“ an. Diesen erhalten Sie auch unter Merkblätter/Vordrucke. [Fragebogen zum Unfall](#)

Legen Sie diesen ausgefüllten Bericht mit einem Beihilfeantrag und allen unfallbedingten Kostenbelegen vor.

→ [Stichwortverzeichnis](#)

**Früherkennung  
/Vorsorge**  
[§ 41 BBhV /Anlage 13](#)

➤ [Welche Aufwendungen gehören zur Früherkennung und Vorsorge?](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)



- [Sind alle zahnärztlichen Leistungen beihilfefähig?](#)
- [Welche zahnärztlichen Leistungen sind nicht beihilfefähig?](#)
- [Sind implantologische Leistungen beihilfefähig und wenn ja wieviele Implantate werden erstattet?](#)
- [Sind Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen beihilfefähig?](#)
- [Ich bin Beamtin / Beamter auf Widerruf - gibt es für diesen Personenkreis Einschränkungen?](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)

## Abschlagszahlungen

Die Beihilfestelle kann auf Antrag der beihilfeberechtigten Person Abschlagszahlungen zu einer erwartenden Beihilfe leisten.

Beihilfeberechtigten Personen können insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden. Dabei ist es ausreichend, wenn durch Unterlagen, z. B. Kostenvoranschläge der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers dokumentiert wird, dass eine hohe Belastung vor der Beihilfebeantragung entsteht.

Ein Antrag auf Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe kann gestellt werden bei:

- stationären Krankenhausaufenthalt,
- stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme
- Pflegeaufwendungen

Den Antrag erhalten Sie von der Festsetzungsstelle. Die gewährten Abschläge werden mit dem Beihilfeantrag verrechnet.

- [§ 51 Abs. 8 BBhV](#)

→ zurück

→ [Stichwortverzeichnis](#)

## Abtretung des Beihilfeanspruchs

Gemäß § 10 Absatz 1 BBhV besteht auf Beihilfe ein Rechtsanspruch.

Der Anspruch kann nicht abgetreten und grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden. Geben Sie daher keine Abtretungserklärungen ab.

Werden dennoch Abtretungserklärungen (auch Zahlungsaufträge genannt) vorgelegt, bleiben diese für die Beihilfestelle unbeachtlich.

→ zurück

→ [Stichwortverzeichnis](#)

## Bemessung der Beihilfe

Der Bemessungssatz ist der Erstattungsanteil am beihilfefähigen Rechnungsbetrag.

1. Beihilfeberechtigte *50 Prozent*
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen *70 Prozent*
3. berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten *70 Prozent* und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen *80 Prozent*

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren Beihilfeberechtigten nur für diejenigen, die den kinderbezogenen Familienzuschlag für mindestens zwei Kinder beziehen.

Bereits mit der Beantragung des Kindergeldes und des kinderbezogenen Familienzuschlags entscheiden Sie daher, wem der erhöhte Bemessungssatz 70 v.H. zusteht.

### **Ausnahme: Beihilfebemessungssatz während der Elternzeit**

Wer sich in Elternzeit befindet hat Anspruch auf 70 vom Hundert, unabhängig der Anzahl der Kinder (neu ab 01.01.2021)

→ [§ 46 BBhV](#)

→ **zurück**

→ [Stichwortverzeichnis](#)

### **Bin ich beihilfeberechtigt? Sind meine Familienangehörigen beihilfeberechtigt? Rechtsgrundlage §§ 2 und 6 BBhV**

Man unterscheidet in **beihilfeberechtigte** und **berücksichtigungsfähige Personen**.  
Sie gelten als eine beihilfeberechtigte Person, wenn Sie eine / ein

- Beamtin oder Beamter,
- Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger,
- frühere Beamtin oder früherer Beamter sind.

Die Beihilfeberechtigung besteht, wenn und solange Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren, Witwen-, Witwer-, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag gezahlt werden. Als Ausnahme davon bleibt der Beihilfeanspruch während der Elternzeit bestehen. Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Beihilfeanspruch auch während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge aus familienbezogenen Gründen bestehen.

**Familienangehörige** gelten als **berücksichtigungsfähige Person**, wenn sie

- Ehegattin, Ehegatte oder Lebenspartnerin, Lebenspartner sind  
Das Jahreseinkommen darf **20.000 Euro nicht übersteigen**, zudem ist ein Anspruch aus einer gesetzlichen Krankenversicherung vorrangig  
oder
- Kinder,  
die im Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind.

→ **zurück**

→ [Stichwortverzeichnis](#)

Die Höhe des Zuschusses zu den Krankenversicherungsbeiträgen wird mit der 5. Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (ab 26.07.2014) nicht mehr begrenzt.

→ [Stichwortverzeichnis](#)



## **Aufwendungen im Ausland**

### **Privater Auslandsaufenthalt**

#### 1. Behandlungen in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU)

Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln und angemessen bis zur Höhe der in dem Mitgliedsstaat ortsüblichen Vergütungen. Ein Kostenvergleich ist -mit Ausnahme von Behandlungen in Privatkliniken- nicht erforderlich. Beihilfefähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenbeteiligungen sind auch bei im Ausland entstandene zu berücksichtigen.

➤ **Gilt auch für Aufwendungen während einer Dienstreise im Ausland (EU und außerhalb der EU)**

#### 2. Behandlungen außerhalb der Europäischen Union (EU)

Aufwendungen für Leistungen außerhalb der EU sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Ein Kostenvergleich ist somit erforderlich.

Ausnahmen ohne Beschränkung auf die Kosten, die im Inland entstandne wären:

1. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
2. in der Nähe der deutschen Grenze wohnende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen bei akutem Behandlungsbedarf das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten,
3. beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder
4. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist, dies kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragten ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der EU zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der EU nicht möglich ist.

### **Allgemeines**

Die folgenden Erläuterungen gelten sowohl für Behandlungen in einem Mitgliedsstaat der EU, wie auch für Behandlungen außerhalb der EU.

#### *Belege*

Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Diese müssen inhaltlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen, das heißt, neben dem Rechnungsdatum insbesondere Angaben zum Rechnungsaussteller und zur behandelten Person sowie die Diagnose und eine Leistungsbeschreibung enthalten. Mitwirkungs- und Aufklärungspflicht durch beihilfeberechtigte Person für die Vorlage prüfungsfähiger Belege.

#### *Übersetzung*

Den Belegen über 1000 EUR ist eine Übersetzung beizufügen. Kosten für eine Übersetzung sind nicht beihilfefähig. Bis 1000 EUR ist eine kurze Angabe der beihilfeberechtigten Person über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.

[→ zurück](#)

#### *Umrechnung*

Rechnungsbelege in ausländischer Währung sind am Tag der Festsetzung der Beihilfe umzurechnen.

Dabei ist der amtliche Devisenwechsellkurs ([www.bankenverband.de/service/waehrungsrechner/](http://www.bankenverband.de/service/waehrungsrechner/)) zu Grunde zu legen, es sei denn, dass der bei der Begleichung der Rechnung angewandte Umrechnungskurs nachgewiesen wird.

#### ***Nicht beihilfefähig***

sind die Aufwendungen einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reisen. Auch Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind nicht beihilfefähig.

#### ***Auslandskrankenversicherung***

Es wird daher empfohlen, das Risiko ungedeckter Kosten durch den Abschluss einer Auslandskrankenversicherung zu vermeiden.

[→ § 11 BBhV](#)

[→ zurück](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

## **Fahrtkosten**

Aufwendungen für Fahrten zu ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen sind unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig.

### **In folgenden Fällen müssen die Fahrten ärztlich verordnet werden:**

- Fahrten im Zusammenhang mit einer stationären Krankenbehandlung einschließlich einer vor- und nachstationären Krankenbehandlung,
- Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus,
- Fahrten anlässlich einer ambulanten Operation und damit in Zusammenhang stehenden Vor- oder Nachbehandlungen nur, wenn dadurch eine - andernfalls medizinisch gebotene - stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden wird,
- Fahrten mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird,
- Fahrten zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz im Sinne des § 118a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ist einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen oder
- Fahrten, 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.

### **In folgenden Fällen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich:**

- Rettungsfahrten und Rettungsflüge zum Krankenhaus, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- notwendige Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie,
- Fahrten beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Personen
  - mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, BI oder H,
  - der Pflegegrade 3 bis 5,außer bei Besuchsfahrten von schwer erkrankten Kindern,
- Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Festsetzungsstelle der Verlegung zugestimmt hat.

→ [zurück](#)

### **Welche Beträge erhalte ich von der Beihilfestelle?**

Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und dem Ort der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden (wirtschaftlich angemessen), außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort.

In den Fällen, in denen aus den Belegen nicht der Anlass der Fahrt ersichtlich wird, ist dieser nachzuweisen.

Bei Rettungsfahrten und Rettungsflügen sowie bei Fahrten mit Krankentransportwagen sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

Werden regelmäßig verkehrende Beförderungsmittel genutzt, sind die Kosten in Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse beihilfefähig.

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs sind die Kosten entsprechend § 5 Abs. 1 Bundesreisekostengesetz beihilfefähig, also **20 Cent pro Kilometer, höchstens jedoch 130 Euro**.

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.

→ [zurück](#)

### Welche Fahrtkosten sind nicht beihilfefähig?

Nicht beihilfefähig sind nach § 31 Abs. 5 BBhV grundsätzlich die Fahrtkosten für

- die Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderer privater Reise,
- die Kosten für die Beförderung anderer Personen als der erkrankten beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,
- die Kosten für Besuchsfahrten, außer bei schwer erkrankten Kindern,
- die Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union.

Ausführlichere und weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie in unserem Merkblatt Fahrtkosten.

→ [zurück](#)

### Was gilt bei Fahrten zur Rehabilitationsmaßnahmen?

Führen beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Personen zur gleichen Zeit und in der gleichen Einrichtung eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durch, zählt dies bei Benutzung privater Personenkraftwagen als eine Fahrt.

Bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind Rehabilitationsmaßnahmen handelt es sich um eine Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrtkosten (für die Hauptperson -Mutter oder Vater) als beihilfefähig anerkannt werden können, dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, wenn für das Kind gesonderte Fahrtkosten entstehen.

Auch bei einer vorübergehenden Beeinträchtigung der Mobilität können, sofern die Art der vorübergehenden Einschränkungen mit den oben angeführten Kriterien vergleichbar ist, Fahrtkosten erstattet werden.

Beihilfefähig sind für die An- und Abreise, einschließlich Gepäckbeförderungskosten,

- bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Fahrtkosten in tatsächlicher Höhe, höchstens jedoch die in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten.
- bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs in entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 1 BRKG. Das sind derzeit 0,20 Euro je Kilometer.

Für die gesamte Rehabilitationsmaßnahme können insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro als beihilfefähig anerkannt werden.

Bei Fahrten mit einem Taxi ist die medizinische Notwendigkeit zuvor gutachterlich zu bestätigen.

### **Werden bei Fahrtkosten Eigenbehalte abgezogen?**

Die beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Der Abzug erfolgt auch bei Kindern unter 18 Jahren. Der Eigenbehalt gilt grundsätzlich je einfache Fahrt und je Leerfahrt.

→ [zurück](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)

## **Heilmittel**

### **Welche Heilmittel sind beihilfefähig?**

Die Beihilfefähigkeit von Heilmittel ist in der BBhV in § 23 in Verbindung mit den Anlagen 9 und 10 geregelt. Aufwendungen für **ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel** und bei der Anwendung der Heilmittel verbrauchten Stoffen sind bis zu bestimmten **Höchstbeträgen** beihilfefähig. Die ärztliche oder zahnärztliche Verordnung ist der Antragstellung beizufügen.

### **Zu den Heilmitteln gehören folgende Bereiche:**

- Inhalation
- Krankengymnastik/Bewegungsübungen
- Massagen
- Palliativversorgung
- Packungen, Hydrotherapie, Bäder
- Kälte- und Wärmebehandlung
- Elektrotherapie
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- Ergotherapie
- Podologie
- Ernährungstherapie

→ [zurück](#)

### **Welche Behandlerinnen und Behandler sind beihilferechtlich anerkannt?**

1. Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
  - a) Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
  - b) Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister,
  - c) Krankengymnastin oder Krankengymnast,
  
2. Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
  - a) Logopädin oder Logopäde,
  - b) Sprachtherapeutin oder Sprachtherapeut,
  - c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin der Schule Schlaffhorst-Andersen oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
  - d) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
  - e) klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
  - f) klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler,
  - g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch
    - aa) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
    - bb) Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,

- cc) Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
  - dd) Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
  - h) Diplompatholinguistin oder Diplompathologin,
3. Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung
- a. Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
  - b. Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
4. Bereich Podologie
- a. Podologin oder Podologe,
  - b. medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,
5. Bereich Ernährungstherapie
- a. Diätassistentin oder Diätassistent,
  - b. Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
  - c. Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

→ [zurück](#)

### **Gibt es Besonderheiten?**

Da es für Heilmittel beihilfefähige Höchstbeträge gelten, kommt es zu keinem Abzug von Eigenbehalten. Die beihilfefähigen Höchstbeträge sind für die Beihilfe bindend, nicht jedoch für die Heilbehandlerinnen und Heilbehandler. Es wird daher empfohlen, vor der Behandlung nach den Preisen zu fragen bzw. auch Preise zu vergleichen, um die eigene Belastung möglichst gering zu halten.

→ [zurück](#)

## **Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Abschnitt 2 der Anlage 9**

### **Unter welchen Voraussetzungen ist eine EAP beihilfefähig?**

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:
- a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
    - nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
    - Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
    - nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
    - instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,

- lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50° Grad nach Cobb,
- b) Operationen am Skelettsystem bei
  - posttraumatischen Osteosynthesen,
  - Osteotomien der großen Röhrenknochen,
- c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulären Defiziten bei
  - Schulterprothesen,
  - Knieendoprothesen,
  - Hüftendoprothesen,
- d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
  - Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
  - Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
    - operativ versorgter Bankard-Läsion,
    - Rotatorenmanschettenruptur,
    - schwerer Schultersteife (frozen-shoulder)
    - Impingement-Syndrom,
    - Schultergelenkluxation,
    - tendinosis calcarea,
    - periathritis humeroscapularis
    - Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss
- e) Amputationen

**Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist zudem eine Verordnung von**

- a) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
- b) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
- c) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
- d) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.

**Kann die EAP verlängert werden?**

Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei diesen beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus.

**Welche Leistungen muss die EAP umfassen:**

- a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
- b) Physikalische Therapie,
- c) Medizinisches Aufbautraining.

### **In welcher Höhe erfolgt die Kostenerstattung?**

Der beihilfefähige Höchstbetrag der EAP beträgt bei einer Mindestbehandlungsdauer von 120 Minuten pro Tag 108,10 Euro. Mit diesem Höchstbetrag sind zusätzlich erbrachte Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage abgegolten.

Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

→ [zurück](#)

### **Medizinisches Aufbautraining (MAT) – Abschnitt 3 der Anlage 9**

#### **Unter welchen Voraussetzungen ist das MAT beihilfefähig?**

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes MAT zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn

- a) das Training verordnet wird von
  - einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
  - einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
  - einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
  - einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,
- b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und
- c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.

**Aufwendungen für Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.**

#### **Wie oft kann das MAT in Anspruch genommen werden?**

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.

#### **In welcher Höhe erfolgt die Kostenerstattung?**

### **MAT durch eine Ärztin oder einen Arzt**

Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur **Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie**. Folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:

- a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog. Aufwendungen für eine Kontrolluntersuchung (Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) nach Abschluss der Behandlungsserie sind beihilfefähig.
- b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv- dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen (Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog), zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings (Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) und begleitender krankengymnastischer Übungen (Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte). Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 506, Nummer 558 analog sowie Nummer 846 analog der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.

### **MAT durch Leistungserbringerin oder Leistungserbringer für Heilmittel**

Der beihilfefähige Höchstbetrag beträgt Anlage 9 Nr. 16 bei **46,20 Euro**.

→ [Stichwortverzeichnis](#)

## Hilfsmittel

### Unter welchen Voraussetzungen sind Hilfsmittel beihilfefähig?

Hilfsmittel sind nur beihilfefähig, wenn diese **ärztlich verordnet** wurden und in der [Anlage 11](#) zu § 25 Abs. 1 und 4 der BBhV aufgeführt sind.

Hierbei sind die Aufwendungen für den **Kauf, Reparatur, den Ersatz** und die **Unterweisung in den Gebrauch** des Hilfsmittels dem Grunde nach beihilfefähig.

Auch die Kosten für die **Miete** eines Hilfsmittels können als beihilfefähig anerkannt werden, sofern die Miete nicht teurer ist als der Kauf.

Darüber hinaus kann auch zu den Aufwendungen für den **Betrieb und die Unterhaltung** eines Hilfsmittels Beihilfe gewährt werden. Allerdings werden bei Personen, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, pro Jahr nur die Kosten als beihilfefähig anerkannt, die 100 Euro übersteigen.

[→ zurück](#)

### Werden bei Hilfsmitteln Eigenbehalte abgezogen?

Die beihilfefähigen Aufwendungen für ein Hilfsmittel mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 und höchstens um 10 Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten. Dieser Eigenbehalt entfällt, wenn das Bundesministerium des Innern (BMI) für ein Hilfsmittel einen beihilfefähigen Höchstbetrag festgelegt hat. Darüber hinaus entfällt der Eigenbehalt auch dann, wenn die Person, der das Hilfsmittel verordnet wurde, das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

[→ zurück](#)

### Höchstbeträge für folgende Hilfsmittel?

- **Aufrichtstuhl** (für Aufrichtfunktion sind bis zu **150 Euro** beihilfefähig)
- **Computerspezialausstattung für Behinderte**; Spezialhardware und Spezialsoftware **bis zu 3 500 Euro**, gegebenenfalls zuzüglich **bis zu 5 400 Euro für eine Braillezeile mit 40 Modulen**
- **Elektroscooter** bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung
- **Hörgeräte** (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte] sowie In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte] einschließlich Otplastik, Taschengерäte, 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
- **Neurodermitis-Overall** für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (zwei pro Jahr und bis zu **80 Euro** je Overall)
- **Voll- oder Teilperücken** einschließlich Befestigungselementen wie Klebestreifen und Spangen sowie Materialien zur Befestigung sind bis zu einem Betrag von **512 Euro**
- Aufwendungen für **Sehhilfen** (Brillengläser, Kontaktlinsen, vergrößerte Sehhilfen) sind grundsätzlich nur zu bestimmten Höchstbeträgen beihilfefähig.

[→ zurück](#)

### **Muss ich einen Eigenanteil leisten?**

Es gibt Hilfsmittel, bei denen ein festgelegter Eigenanteil selbst zu tragen ist:

- Brustprothesenhalter 15 Euro
- Badeanzüge, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen 40 Euro
- Orthopädische Maßschuhe 64 Euro

In diesen Fällen sind nur die Aufwendungen beihilfefähig, die über den genannten Beträgen liegen.

### **Ist die Anzahl von Hilfsmittel beschränkt?**

Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind nur bis zu sechs Paar Schuhen pro Jahr begrenzt.

### **Welche Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig?**

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die
  - 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.Hierzu gehören zum Beispiel Anti-Allergene-Matratzen (sowie Matratzenbezüge und Bettbezüge), Blutdruckmessgeräte, Fieberthermometer, Heizdecke/-kissen, Luftreinigungsgeräte und Rotlichtlampen usw.
- bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, auch die Kosten für Batterien von Hörgeräten sowie zu Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaklinen
- gesondert ausgewiesene Versandkosten.

[→ zurück](#)

### **Sehhilfen**

Die Beihilfefähigkeit von Sehhilfen ist in der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) im Abschnitt 4 der Anlage 11 zu § 25 Abs. 1 BBhV geregelt.

Seit Inkrafttreten der Neunten Änderungsverordnung zur BBhV am 1. Januar 2021 sind die bisherigen Einschränkungen hinsichtlich Visus und Dioptrienwerten weggefallen. Die folgenden Bestimmungen gelten für alle Aufwendungen, die ab 1. Januar 2021 entstanden sind.

### **Welche Voraussetzungen gelten für Sehhilfen?**

Bei der **erstmaligen Beschaffung** einer Sehhilfe muss diese von einer Augenärztin oder einem Augenarzt verordnet sein. Bei der **Ersatzbeschaffung** genügt die Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig.

Aufwendungen für erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind beihilfefähig, wenn

- sich die Sehschärfe geändert hat,
- die letzte Anschaffung der Sehhilfe länger als drei Jahre zurückliegt (bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre),
- die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist,
- sich die Kopfform geändert hat.

Bei Personen, die der Vollzeitschulpflicht unterliegen, sind Aufwendungen für eine Brille beihilfefähig, wenn sie für die Teilnahme am Schulsport erforderlich ist. Die Brillenfassung sind Aufwendungen bis zu 52 Euro beihilfefähig.

### **Was gilt bei Brillen?**

Aufwendungen für Brillengläser sind nur bis zu bestimmten Höchstbeträgen nach Anlage 11 der BBhV beihilfefähig u.a. gelten folgende Höchstbeträge:

- **für vergütete Gläser mit Gläserstärke bis +/-6 Dioptrien (dpt)**
  - Einstärkengläser für ein sphärisches Glas bis zu 31,00 Euro
  - Einstärkengläser für ein zylindrisches Glas bis zu 41,00 Euro
  - Mehrstärkengläser für ein sphärisches Glas bis zu 72,00 Euro
  - Mehrstärkengläser für ein zylindrisches Glas bis zu 92,50 Euro
- **für vergütete Gläser mit Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien zuzüglich je Glas bis zu 21,00 Euro**

Auf der Rechnung müssen Mehrkosten z.B für Tönung, Entspiegelung, Multifokalgläser, Kunststoffgläser vermerkt sein. Eine weitere Beihilfe zu diesen Aufwendungen ist nach Anlage 11 der BBhV möglich.

[→ zurück](#)

### **Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:**

hochbrechende Lentikulargläser, entspiegelte Gläser, polarisierende Gläser, Gläser mit härtender Oberflächenbeschichtung, Gläser und Zurichtungen an der Brille zur Verhinderung von Unfallschäden am Arbeitsplatz oder für den Freizeitbereich, Bildschirmbrillen, Brillenversicherungen, Gläser für eine sogenannte Zweitbrille, deren Korrektionsstärken bereits den vorhandenen Gläsern entsprechen (Mehrfachverordnung), Gläser für eine sogenannte Reservebrille, die zum Beispiel aus Gründen der Verkehrssicherheit benötigt werden, Gläser für Sportbrillen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5, Brillenetuis, Brillenfassungen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5.

### **Was gilt bei Kontaktlinsen?**

Zu den Mehraufwendungen für Kontaktlinsen wird nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen bei folgenden Indikationen eine Beihilfe gewährt:

- Myopie ab 8 dpt,
- Hyperopie ab 8 dpt,
- irregulärem Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 Prozent verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
- Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
- Astigmatismus obliquus (Achslage  $45^\circ \pm 30^\circ$  oder  $135^\circ \pm 30^\circ$ ) ab 2 dpt,
- Keratokonus,
- Aphakie,
- Aniseikonie von mehr als 7 Prozent (die Aniseikoniemessung ist nach einer allgemein anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode durchzuführen und zu dokumentieren),
- Anisometropie ab 2 dpt.

Aufwendungen für Kurzzeitlinsen sind je Kalenderjahr nur beihilfefähig

- für sphärische Kontaktlinsen bis zu 154 Euro,
- für torische Kontaktlinsen bis zu 230 Euro.

### **Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:**

Kontaktlinsen als postoperative Versorgung (auch als Verbandlinse oder Verbandschale) nach nicht beihilfefähigen Eingriffen, Kontaktlinsen in farbigen Ausführungen zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris, One-Day-Linsen, multifokale Mehrstärkenkontaktlinsen, Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern, Reinigungs- und Pflegemittel für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

### **Gibt es Ausnahmen für therapeutische Sehhilfen?**

Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen zur Behandlung bestimmter Augenverletzungen oder Augenerkrankungen sind unter den gesonderten Voraussetzungen der Anlage 11 zur BBhV beihilfefähig.

[→ zurück](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

## **Kieferorthopädie**

### **Mein Kind benötigt eine kieferorthopädische Behandlung – sind die Aufwendungen dafür beihilfefähig?**

Ja, kieferorthopädische Leistungen sind allerdings nur beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

#### **Ausnahmen von der Altersgrenze**

Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, insbesondere bei angeborenen Missbildungen des Gesichts oder eines Kiefers, skelettalen Dysgnathien oder verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen, wenn eine **kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung** erfolgt.

#### **Wichtig:**

Die Beihilfestelle muss der Behandlung aufgrund eines vor Beginn der Behandlung vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt haben.

[→ zurück](#)

### **Sind Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung auch bei Erwachsenen beihilfefähig?**

Ja – allerdings nur, wenn durch ein von der Beihilfestelle beauftragtes Gutachten bestätigt, dass

- die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können,
- keine Behandlungsalternative vorhanden ist,
- erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer cranimandibulären Dysfunktion,

#### **Wichtig:**

Die Beihilfestelle muss der Behandlung aufgrund eines vor Beginn der Behandlung vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt haben.

## **Allgemeines zum Thema Kieferorthopädie**

#### **• Bisher keine Genehmigung**

Liegt eine Genehmigung zur KFO noch nicht vor und erreichen die Beihilfestelle dennoch Rechnungen, die bereits durchgeführte KFO-Leistungen beinhalten, kann über diese Rechnungen nicht entschieden werden. Der Beihilfestelle ist zwingend zunächst der dazugehörige Heil- und Kostenplan vorzulegen.

#### **• Unterbrechung der kieferorthopädischen Behandlung**

Eine Unterbrechung der kieferorthopädischen Behandlung, die aus kieferorthopädischer Sicht notwendig ist, z. B. Abwarten des Zahnwechsels, ist der Beihilfestelle umgehend mitzuteilen, damit die Daten im Abrechnungsverfahren mit einem entsprechenden Hinweis zum Sachverhalt versehen werden können und eine korrekte Abrechnung erfolgen kann.

#### **• Wechsel eines Kieferorthopäden**

Der Wechsel eines Kieferorthopäden ist ebenfalls vorab mitzuteilen, da die Bewilligung an den Kieferorthopäden gebunden ist.

Der neu gewählte Kieferorthopäde kann die Behandlung nur in dem Rahmen weiterführen, wie sie im Ursprungs-Behandlungsplan anerkannt wurde. Sollte danach die Weiterführung der KFO-Behandlung medizinisch notwendig sein, kann der neue Kieferorthopäde einen entsprechenden KFO-Plan erstellen.

- **Verlängerung der KFO-Behandlung**

Sofern eine Verlängerung der KFO-Behandlung medizinisch notwendig ist, muss diese im letzten Quartal der genehmigten Behandlung durch die Einreichung eines neuen KFO-Planes beantragt werden. Bei Genehmigungen, die auf 16 Quartale ausgerichtet sind, muss die Weiterbehandlung somit im 16. Quartal eingereicht werden.

- **Invisalign-Methode**

Aufwendungen für die Invisalign-Methode als kieferorthopädische Behandlungsmethode sind beihilfefähig, soweit sie die Aufwendungen einer sonst medizinisch notwendigen und der Höhe nach angemessenen Zahnkorrekturbehandlung (zum Beispiel Zahnspange, Brackets) nicht übersteigen.

- **Lingualtechnik**

Die Lingualtechnik führt in der gebührenrechtlichen Bewertung nach der GOZ zu Mehrkosten aufgrund erhöhter Steigerungssätze und ggf. zu Mehraufwand bei den Material- und Laborkosten. Diese Mehrkosten sind nicht beihilfefähig. Ist die Anwendung der Lingualtechnik medizinisch gesondert begründet, ist der Einzelfall von der Festsetzungsstelle, ggf. unter Einbeziehung einer vertrauensärztlichen Stellungnahme, gesondert zu prüfen.

- **Retentionszeit**

Die Retentionszeit beginnt nach der aktiven Phase der kieferorthopädischen Behandlung. Der Beginn der Retentionszeit ist der Zentralen Beihilfestelle vor Beginn schriftlich mitzuteilen.

→ [zurück](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)

## **Krankenhaus**

### **Sind Aufwendungen für einen Krankenhausaufenthalt beihilfefähig?**

Ja - Grundsätzlich sind Aufwendungen für einen stationären Krankenhausaufenthalt beihilfefähig.

Die Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn es sich um ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) handelt und die u. g. Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vergütet werden.

- **Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung** und im Zusammenhang damit berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte
- **Allgemeine Krankenhausleistungen** und im Zusammenhang damit berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte
- Die Unterbringung einer **Begleitperson** im Krankenhaus, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.
- Wahlleistungen
  - gesondert berechnete **wahlärztliche Leistungen** (z. B. Chefarztbehandlung)
  - gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich.

### **Nicht beihilfefähig sind Wahlleistungen - § 62 Abs. 4 LBG**

- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (u. a. Chefarztbehandlung und die damit verbundenen sonstigen Leistungen, wie z. B. die Kosten für Leistungen eines von den Chefärzten beauftragten Labors) und
- eine gesondert berechnete Unterkunft (z. B. Kosten eines Zweibettzimmers)

**Dies gilt nicht für am 1. Januar 1999 vorhandene Schwerbehinderte, solange die Schwerbehinderung andauert.** Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige Angehörige von beihilfeberechtigten Personen.

[→ zurück](#)

### **Sind Aufwendungen für einen Krankenhausaufenthalt in einer Privatklinik beihilfefähig?**

Ja - allerdings sind Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen (= alle Leistungen anbieten, die in einem Akutkrankenhaus erbracht werden müssen), aber nicht nach § 108 SGB V für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sind (Privatkliniken), **nicht uneingeschränkt** bis zu dem vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Betrag beihilfefähig.

Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen orientiert sich an den beihilfefähigen Aufwendungen in zugelassenen Krankenhäusern.

### **Stationärer Krankenhausaufenthalt in Privatkliniken für psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Abrechnung erfolgt nach dem pauschalierten Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) –Entgeltkatalogs

Zur beihilferechtlichen Prüfung ist eine Abrechnung nach dem PEPP-Entgeltkatalog notwendig oder die Angabe der Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD10) und der PEPP-Schlüssel zur Vergleichsbeurteilung.

**Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und Beihilfe**

➤ [§ 51a BBhV](#)

[→ zurück](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

## **Pflege**

### **Monatliche Leistungen der häuslichen Pflege**

Bei der häuslichen Pflege werden pflegebedürftige Personen durch Angehörige, Bekannte, durch ambulante Pflegedienste oder anerkannte Einzelpflegekräfte zu Hause gepflegt. Die folgenden monatlichen Regelleistungen setzen nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuchs SGB XI erst ab Pflegegrad 2 ein.

#### **Pflegesachleistung**

Werden pflegebedürftige Personen durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst oder eine selbständige Einzelpflegefachkraft gepflegt, wird dies - abhängig vom Pflegegrad - als Pflegesachleistung bis zu bestimmten Höchstbeträgen durch die Pflegeversicherung und die Beihilfe finanziert.

Pflegesachleistungen sind in Höhe der in § 36 SGB XI genannten Sätze beihilfefähig.

Pflegegrad	monatlicher Leistungsanspruch
2	689,00 EUR
3	1.298,00 EUR
4	1.612,00 EUR
5	1.995,00 EUR

#### **Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld**

Anstelle der Pflegesachleistung haben pflegebedürftige Personen Anspruch auf ein Pflegegeld, wenn sie die Pflege selbst z.B. durch Angehörige organisieren. Die Beihilfe leistet das Pflegegeld als Pauschalbeihilfe.

Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, wird die Pauschalbeihilfe für die tatsächlichen Anspruchstage im Pflegemonat gewährt.

Die Pauschalbeihilfe wird in folgender Höhe zum jeweiligen Bemessungssatz geleistet (analog dem Pflegegeld nach § 37 SGB XI)

Pflegegrad	monatlicher Leistungsanspruch
2	316,00 EUR
3	545,00 EUR
4	728,00 EUR
5	901,00 EUR

Zeiten einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer Reha-Maßnahme oder der vollstationären Pflege unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gezahlt.

#### **Kombinationsleistung**

Wenn pflegebedürftige Personen die Pflegesachleistung nur teilweise in Anspruch nehmen, können sie daneben noch anteiliges Pflegegeld erhalten, sofern noch eine andere Person Pflegeleistungen erbringt.

Der Anteil des Pflegegeldes berechnet sich nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem davon tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag.

[→ zurück](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

## Betreuungs- und Entlastungsangebote

### Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige Personen, die ambulant gepflegt werden, haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,00 Euro monatlich.

Der Entlastungsbetrag ist keine pauschale Geldleistung, sondern wird zweckgebunden gegen Kostennachweis gewährt. Der Anspruch besteht bereits ab Pflegegrad 1.

Der Entlastungsbetrag kann für die Erstattung von Kosten bei der Inanspruchnahme folgender Leistungen verwendet werden:

- Leistungen der Tages- und Nachtpflege
- Leistungen der Kurzzeitpflege
- Leistungen ambulanter Pflegedienste nach § 36 SGB XI
- Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI

Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen bei Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege bzw. der Kurzzeitpflege zählen auch die von pflegebedürftigen Personen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten. Die Fahr- und Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege entstehen, zählen auch zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

### Angebote zur Unterstützung im Alltag - Umwandlungsanspruch

Angebote zur Unterstützung im Alltag (Umwandlungsanspruch) sollen Pflegepersonen entlasten und helfen pflegebedürftigen Personen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können.

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

- Betreuungsangebote für pflegebedürftige Personen in Gruppen oder im häuslichen Bereich,
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden mit gezielter Entlastung und beratender Unterstützung sowie
- Angebote zur Entlastung im Alltag bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen oder insbesondere bei der Haushaltsführung.

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständigen Behörden der Länder.

Pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 können für die Finanzierung dieser Angebote je Kalendermonat bis zu 40 Prozent des Sachleistungsbetrags für den jeweiligen Pflegegrad einsetzen (Umwandlung). Die Verwendung von bis zu 40 Prozent des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist zu beantragen. Allein der Nachweis oder die Rechnung über in Anspruch genommene Leistungen reicht nicht aus.

[→ zurück](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

## Leistungen bei vollstationärer Pflege

Die vollstationäre Pflege muss in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung oder in einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung erfolgen. Hierbei handelt es sich um Einrichtungen, mit denen die Pflegeversicherungen Versorgungsverträge geschlossen haben.

### Pauschalleistung

Die Pflegeversicherungen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung im Kalendermonat in pauschalierter Form.

Für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 sind die pflegebedingten Aufwendungen der vollstationären Pflege im Rahmen der Pauschalleistung je Kalendermonat in folgender Höhe beihilfefähig.

Pflegegrad	monatlicher Leistungsanspruch
2	770,00 EUR
3	1.262,00 EUR
4	1.775,00 EUR
5	2.005,00 EUR

Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung wird zu den pflegebedingten Aufwendungen eine Beihilfe zum persönlichen Beihilfebemessungssatz gewährt. Für Personen, die Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung sind und daher Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Beihilfebemessungssatz bezüglich der pflegebedingten Aufwendungen 50 %.

Diese Regelung gilt nur für Personen, die einen originären (eigenen) Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Pflegefällen nach § 2 BBhV haben, nicht aber für berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen, Lebenspartner oder Kinder), die selbst Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zahlen. In diesem Fall leistet die soziale Pflegeversicherung den Pauschalbetrag in voller Höhe.

Wählen pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie einen beihilfefähigen Zuschuss in Höhe von 125,00 Euro monatlich.

### Zusätzliche Beihilfe als einkommensabhängige Mehrleistung

Die Pflegeversicherungen gewähren zu pflegebedingten Aufwendungen, die über die zuvor beschriebenen Höchstbeträge hinausgehen sowie zu Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten keine Leistungen. Grundsätzlich sind diese Aufwendungen auch nicht beihilfefähig und müssen von den pflegebedürftigen Personen aus eigenen Mitteln bestritten werden.

Um zu vermeiden, dass beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in eine wirtschaftliche Notlage geraten, kann im Rahmen einer Härtefallregelung auf besonderen Antrag eine weitergehende Beihilfe als einkommensabhängige Mehrleistung zu den Kosten der vollstationären Pflege gewährt werden.

Die einkommensabhängige Mehrleistung wird auch für berücksichtigungsfähige Angehörige gewährt, die Mitglieder in der sozialen Pflegeversicherung sind.

[→ zurück](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

## Kurzzeit- und Verhinderungspflege

### Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege in einer hierfür zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung kann in Anspruch genommen werden, wenn im Anschluss an eine stationäre Behandlung der pflegebedürftigen Person oder in sonstigen Krisensituationen vorübergehend weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich oder aber ausreichend ist. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen im Kalenderjahr begrenzt.

Pflegebedingte Aufwendungen der Kurzzeitpflege von pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5 sind bis zu 1.612,00 Euro je Kalenderjahr beihilfefähig.

Ergänzend hierzu kann der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 1.612,00 Euro für die Kurzzeitpflege verwendet werden. In diesem Fall erhöht sich der Leistungsanspruch für die Kurzzeitpflege auf bis zu 3.224,00 Euro im Kalenderjahr.

Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie ggf. Fahrkosten werden nicht im Rahmen des Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege erstattet. Hierfür kann der Entlastungsbetrag von monatlich 125,00 Euro verwendet werden.

Personen mit Pflegegrad 1 können für die Kurzzeitpflege den Entlastungsbetrag von monatlich bis zu 125,00 Euro einsetzen.

### Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, besteht ein Anspruch auf Ersatzpflege (Verhinderungspflege) für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr.

Aufwendungen für die Verhinderungspflege von pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5 sind jeweils bis zu 1.612,00 Euro je Kalenderjahr beihilfefähig.

Wird der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Verhinderungspflege um bis zu 806,00 Euro (50 Prozent des Höchstbetrages für Kurzzeitpflege) erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen der Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 2.418,00 Euro als beihilfefähig anerkannt werden.

Während einer Kurzzeitpflege wird für bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr, während einer Verhinderungspflege für bis zu 6 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte der zuvor geleisteten Pauschalbeihilfe fortgewährt.

Zur Beantragung von Beihilfe bei Verhinderungspflege verwenden Sie zum Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit bitte immer zusätzlich die Anlage Verhinderungspflege.

[→ zurück](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

## Tagespflege und Nachtpflege

Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Die Aufwendungen der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind gemäß § 38d BBhV bis zu den nachfolgend aufgeführten, monatlichen Höchstbeträgen beihilfefähig:

Pflegegrad	monatlicher Leistungsanspruch
2	689,00 EUR
3	1.298,00 EUR
4	1.612,00 EUR
5	1.995,00 EUR

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Personen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. Gesonderte Fahrtkosten können nur im Rahmen der zuvor angegebenen Höchstbeträge erstattet werden.

Im Rahmen der Leistungsbeträge der teilstationären Pflege sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten nicht beihilfefähig. Hierfür kann der Entlastungsbetrag von monatlich 125,00 Euro verwendet werden.

→ [zurück](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)

## **Pflegehilfsmittel und Umbaumaßnahmen**

### **Pflegehilfsmittel**

Pflegebedürftige Personen haben Anspruch auf Hilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zum Ermöglichen einer selbständigen Lebensführung (z.B. Rollator oder Pflegebett).

Die Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Eine ärztliche Verordnung ist für Pflegehilfsmittel in Pflegefällen nicht erforderlich.

Für die Erstattung durch die Beihilfe ist neben dem Rechnungsbeleg immer die konkrete Leistungsabrechnung bzw. ein Kostenerstattungsvermerk der Pflegeversicherung mit einem Antrag vorzulegen.

### **Pflegeverbrauchshilfsmittel**

Aufwendungen für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch sind bis zu einem Betrag von aktuell 60 Euro monatlich beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung den Bedarf anerkannt hat.

Sofern Kosten für Verbrauchshilfsmittel über diesen Höchstbetrag hinausgehen, können diese nach ärztlicher Verordnung als krankheitsbedingte Aufwendungen (z.B. Inkontinenzartikel) berücksichtigt werden.

Bei Aufwendungen im Rahmen der Pauschale für Pflegeverbrauchshilfsmittel fallen keine Eigenbehalte an. Werden Verbrauchshilfsmittel als krankheitsbedingte Aufwendungen erstattet, mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen um Eigenbehalte in Höhe von 10 Prozent der Aufwendungen, höchstens 10 Euro für den Monatsbedarf.

Hat die Pflegeversicherung den monatlichen Bedarf für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel pauschal ohne Vorlage von Rechnungen anerkannt, kann die Beihilfestelle entsprechend Beihilfe ohne Kostennachweis im Rahmen der Pauschale gewähren. Werden jedoch Aufwendungen über die Pauschale von 60 Euro hinaus geltend gemacht, so ist dennoch ein Einzelnachweis des monatlichen Bedarfs notwendig.

### **Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

Bei häuslicher Pflege kann es erforderlich sein, das Wohnumfeld an die besonderen Belange der pflegebedürftigen Person individuell anzupassen.

Dies kann z.B. der ebenerdige Umbau der Dusche oder der Einbau eines Treppenlifters sein.

Zu den Kosten für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes können die Pflegeversicherung und die Beihilfe finanzielle Zuschüsse bis zu einem Betrag von maximal 4.000,00 Euro je Maßnahme gewähren.

Umbaumaßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn für die jeweilige Maßnahme ein Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Daher ist für die Gewährung einer Beihilfe neben der Rechnung immer auch die Vorlage der Leistungsabrechnung bzw. des Kostenerstattungsvermerks der Pflegeversicherung erforderlich.

[→ zurück](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

## Rehabilitationsmaßnahmen

Dazu gehören

- die Anschlussheilbehandlung,
- die Suchtbehandlung,
- die stationäre Rehabilitationsmaßnahme,
- die stationäre Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme,
- die familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder mit schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen, Mukoviszidose, nach Herzoperationen oder Organtransplantationen
- die ambulante Rehabilitationsmaßnahme an einem anerkannten Heilbad oder Kurort zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit von Beamtinnen oder Beamten,
- die ambulante Rehabilitationsmaßnahme in wohnortnahen Einrichtungen und
- Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der Rahmenvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

[→ zurück](#)

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen können sowohl stationär in einem hierfür ermächtigten Krankenhaus bzw. einer entsprechenden Einrichtung oder ambulant durchgeführt werden.

Eine stationär durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme muss in einem Krankenhaus oder in einer Einrichtung durchgeführt werden, die unter ärztlicher Leitung steht, sowie über das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen, um diese besonderen therapeutischen Maßnahmen durchzuführen, verfügt. Daher kommen nur Einrichtungen in Betracht, welche einen Versorgungsvertrag nach den entsprechenden Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) abgeschlossen haben, in Betracht:

- bei einer Anschlussheilbehandlung nach § 111 Absatz 2 Satz 1 oder § 111c SGB V
- bei einer Suchtbehandlung nach § 111 Absatz 2 Satz 1 SGB V
- bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 111 Absatz 2 Satz 1 SGB V oder in Ländern der Europäischen Gemeinschaft, im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind
- bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nach § 111a SGB V

Soweit die Maßnahme ambulant durchgeführt wird, so muss diese zumindest unter ärztlicher Leitung bzw. Aufsicht nach einem Rehabilitationsplan durchgeführt werden. Die Durchführung kann vor Ort von zugelassenen Leistungserbringern, wie z.B. Physiotherapeuten durchgeführt werden. Unterkunft und Verpflegung erfolgen eigenverantwortlich zu Hause bzw. in einem anerkannten Kurort.

[→ zurück](#)

Antragsverfahren Rehabilitation

Für folgende medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen müssen Sie vor Beginn der Maßnahme die, auf einem medizinischen Gutachten basierende Anerkennung der Beihilfestelle einholen:

- die stationäre Rehabilitationsmaßnahme
- die Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme
- die ambulante Rehabilitationsmaßnahme für Beamtinnen oder Beamte zur Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Dienstfähigkeit
- die Suchtbehandlung (nur hier ohne medizinisches Gutachterverfahren)

Soweit ein medizinisches Gutachten erforderlich ist, beauftragt dies die Beihilfestelle. Hierbei muss, regelmäßig bei bzw. nach Ihrer persönlichen Vorstellung, festgestellt werden, ob die medizinische Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist, eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort die Erreichung der Rehabilitationsziele nicht mehr ausreichend sind und ein gleichwertiger Behandlungserfolg durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nicht erzielt werden.

Für folgende Rehabilitationsmaßnahmen genügt für den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit eine vorherige ärztliche Verordnung hinsichtlich Art und Dauer der Maßnahme:

- Anschlussheilbehandlung
- familienorientierte Rehabilitation eines berücksichtigungsfähigen Kindes mit schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen, Mukoviszidose, nach Herzoperationen oder Organtransplantationen
- ambulante Rehabilitation in wohnortnähe
- Rehabilitationssport und Funktionstraining

[→ zurück](#)

Erneute Beantragung

Bei anerkenungspflichtigen Rehabilitationsmaßnahmen, ist die Wiederholung nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde. Nur wenn durch das ärztliche Gutachten die dringende medizinische Notwendigkeit für einen kürzeren Zeitabstand nachgewiesen ist, kann hiervon abgewichen werden.

Für nicht voranerkennungspflichtige Rehabilitationsmaßnahmen gilt diese Einschränkung nicht; hier müssen Sie lediglich gemeinsam mit der Rechnung die vor Behandlungsbeginn ausgestellte ärztliche Verordnung vorlegen.

Wichtig:

Wird eine voranerkennungspflichtige Maßnahme vor Anerkennung der Beihilfefähigkeit angetreten bzw. nach der Anerkennung nicht innerhalb von vier Monaten begonnen, besteht nur ein eingeschränkter Anspruch auf Kostenerstattung, nämlich nur für ärztliche Leistungen, für ärztlich verordnete Arzneimittel sowie für ärztlich verordnete Heilmittel.

Ohne ärztliche Verordnung sind sowohl die o.g. verordnungspflichtigen Leistungen als auch die jeweiligen Rehabilitationsmaßnahmen nicht beihilfefähig.

[→ zurück](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

## Früherkennung und Vorsorge

### 1. ärztliche Früherkennung und Vorsorge (§ 41 Abs. 1 BBhV)

Folgende Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig:

#### Minderjährigen

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden (§ 41 Abs. 1 Satz 2 BBhV in Verbindung mit § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA))
- Früherkennungsuntersuchungen nach Nr. 1.2 der Anlage 13 zu § 41 Abs. 1 Satz 3 BBhV
- U10 (7 bis 8 Jahre)
- U11 (9 bis 10 Jahre)
- J2 (16 bis 17 Jahre)
- Zwischen dem vollendeten 13. und vollendeten 14. Lebensjahr die Aufwendungen für eine Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze) (§ 41 Abs. 1 Satz 2 BBhV in Verbindung § 26 SGB V – vgl. Jugendgesundheitsuntersuchung -Richtlinien des G-BA)

#### Frauen und Männer

- vom vollendeten 18. Lebensjahr die Aufwendungen für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen - (§ 41 Abs. 1 Satz 2 BBhV in Verbindung § 26 SGB V- Krebsfrüherkennungs-Richtlinie G-BA)
- vom vollendeten 18. Lebensjahr bis zum Ende des 35. Lebensjahres einmalig die Aufwendungen der Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz,- Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus (§ 41 Abs. 1 Satz 2 BBhV in Verbindung § 25 Abs. 1 SGB V – vgl. Gesundheitsuntersuchung-Richtlinie des G-BA)
- vom vollendeten 35. Lebensjahres alle 3 Jahre die für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz,- Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus (§ 41 Abs. 1 Satz 2 BBhV in Verbindung § 25 SGB V – vgl. Gesundheitsuntersuchung-Richtlinie des G-BA)
- Einmaliges Screening auf Bauchaortenaneurysmen für männliche beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähigen Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben (§ 41 Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit § 25 SGB V – vgl. Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des G-BA)

### Wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden

Die Beihilfefähigkeit ärztlicher, zahnärztlicher, psychotherapeutischer und heilpraktischer Leistungen beschränkt sich grundsätzlich auf wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden.

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen sind in der → Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV (nicht abschließend) dargestellt.

Abweichend vom Regelfall: bei lebensbedrohender Erkrankung

Anlage 14 (Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko)

Anlage 14a (Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko)

Medikamentöse Präexpositionsprphylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV (§ 41 Abs. 5 BBhV)

Anlage 13 (Telemedizinische Betreuung)

## 2. zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge

- Früherkennungsuntersuchung auf Zahn.- Mund- und Kieferkrankheiten
- Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
- Prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050, 4055 und 4060 der Anlage 1 zur GOZ und Gebühr 1 GOÄ

## 3. Schutzimpfungen

Die Kosten der Schutzimpfungen nach der *Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses* ergänzt durch Nummer 2 der Anlage 13 zu § 41 Abs. 1 Satz 3 BBhV – sind grundsätzlich beihilfefähig.

Aufwendungen für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Auslandsaufenthalt indiziert sind, können beihilfefähig sein, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich ist oder entsprechend den Hinweisen in Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen (§ 41 Abs. 1 BBhV in Verbindung mit § 20i SGB V und der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA)

[→ zurück](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

## Zahnärztliche Leistungen

Ja - zahnärztliche Leistungen sind grundsätzlich beihilfefähig, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) entsprechen.

Beihilferechtlich ist es **nicht erforderlich**, dass für zahnärztliche Leistungen wie z.B. Kronen, Füllungen, Parodontalbehandlungen **vorab Kostenpläne** eingereicht werden müssen. Eine vorherige Prüfung ist also nicht Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit.

Für Zahnersatz (Bereich F -Prothetische Leistungen- der GOZ ) und implantologische Leistungen ( Bereich K -Implantologische Leistungen- GOZ) kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

[→ zurück](#)

### Nicht beihilfefähig sind zum Beispiel

- Aufwendungen für Untersuchungen oder Behandlungen, die nach einer wissenschaftlich nicht anerkannten Behandlungsmethode durchgeführt werden
- Mehraufwendungen für Leistungen, die außerhalb des Gebührenrahmens der GOZ abgerechnet werden, aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOZ (Abdingung)
- Aufwendungen für Verlangensleistungen nach § 2 Abs. 3 GOZ.

[→ zurück](#)

### Ja - Implantologische Leistungen sind wie folgt beihilfefähig:

- a) bis zu **2 Implantate** je Kiefer ohne bestimmte Indikation (einschließlich vorhandener Implantate, sofern diese ganz oder teilweise aus öffentlichen Mitteln finanziert wurden)
- b) bis zu **4 Implantate** je Kiefer im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer (einschließlich vorhandener Implantate, sofern diese ganz oder teilweise aus öffentlichen Mitteln finanziert wurden)
- c) bei folgenden Indikationen gilt **keine Obergrenze**:
  1. größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache haben in
    - Tumoroperationen,
    - Entzündungen des Kiefers,
    - Operationen infolge großer Zysten,
    - Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
    - angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dyplasien oder
    - Unfällen,
  2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
  3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,
  4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich
  5. implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- und Unterkiefer.

In diesen Ausnahmefällen gilt die Regelung, wonach die Material- und Laborkosten nur zu 60 Prozent beihilfefähig sind, **nicht**.

Sofern nicht alle Implantate als beihilfefähig anerkannt werden können, sind die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der GOZ, entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind stets beihilfefähig.

[→ zurück](#)

#### **Ja - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind beihilfefähig bei**

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
- Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
- Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 der Anlage 1 des Gebührenverzeichnisses der GOZ,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen oder
- umfangreiche Gebiss-Sanierungen. Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichstehen und wenn die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise herstellbar ist.

Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle eine Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nr. 8000 ff. der Anlage 1 zur GOZ vorzulegen.

[→ zurück](#)

#### **Ja - für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und Personen, die bei ihnen berücksichtigungsfähig sind, sind folgende zahnärztliche Leistungen während des Vorbereitungsdienstes nicht beihilfefähig:**

- prothetische Leistungen,
- Inlays und Zahnkronen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen.

Es sei denn, die zahnärztlichen Leistungen beruhen auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes oder die beihilfeberechtigte Person ist zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen.

[→ zurück](#)

→ [Stichwortverzeichnis](#)

→ Stichwortverzeichnis

→ Zur Verwaltungsvorschrift (VwV)

**Verordnung über  
Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen  
(Bundesbeihilfeverordnung – BBhV) vom 13. Februar 2009 (BGBl. S. 326)**

Auf Grund des § 80 Absatz 6 des Bundesbeamtengesetzes, der zuletzt durch Artikel 2 Nummer 2 des Gesetzes vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2232) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit.

**Vom 13. Februar 2009 (BGBl. S. 326) zuletzt geändert durch die 9. Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. S. 2713)**

(Inkrafttreten am 1. Januar 2021)

**Inhaltsübersicht  
Kapitel 1  
Allgemeine Vorschriften**

- § 1    Regelungsgegenstand
- § 2    Beihilfeberechtigte Personen
- § 3    Beamtinnen und Beamte im Ausland
- § 4    Berücksichtigungsfähige Personen
- § 5    Konkurrenzen
- § 6    Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
- § 7    Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch
- § 8    Ausschluss der Beihilfefähigkeit
- § 9    Anrechnung von Leistungen
- § 10   Beihilfeanspruch
- § 11   Aufwendungen im Ausland

**Kapitel 2  
Aufwendungen in Krankheitsfällen  
Abschnitt 1  
Ambulante Leistungen**

- § 12   Ärztliche Leistungen
- § 13   Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern
- § 14   Zahnärztliche Leistungen
- § 15   Implantologische Leistungen

§ 15a Kieferorthopädische Leistungen

§ 15b Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

§ 16 Auslagen, Material- und Laborkosten

§ 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

§ 18 Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akuttherapie

§ 18a Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie

§ 19 Psychoanalytisch begründete Verfahren

§ 20 Verhaltenstherapie

§ 20a Systemische Therapie

§ 21 Psychosomatische Grundversorgung

## **Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen**

§ 22 Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte

§ 23 Heilmittel

§ 24 Komplextherapien und integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen

§ 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

§ 26 Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern

§ 26a Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern

§ 27 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

§ 28 Familien- und Haushaltshilfe

§ 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

§ 30 Soziotherapie

§ 30a Neuropsychologische Therapie

§ 31 Fahrtkosten

§ 32 Unterkunftskosten

§ 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

## **Abschnitt 3 Rehabilitation**

§ 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

§ 35 Rehabilitationsmaßnahmen

§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

### **Kapitel 3**

#### **Aufwendungen in Pflegefällen**

- § 37 Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen
- § 38 Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen
- § 38a Häusliche Pflege
- § 38b Kombinationsleistungen
- § 38c Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- § 38d Teilstationäre Pflege
- § 38e Kurzzeitpflege
- § 38f Ambulant betreute Wohngruppen
- § 38g Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- § 38h Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson
- § 39 Vollstationäre Pflege
- § 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe
- § 39b Aufwendungen bei Pflegegrad 1
- § 40 Palliativversorgung
- § 40a Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

### **Kapitel 4**

#### **Aufwendungen in anderen Fällen**

- § 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
- § 42 Schwangerschaft und Geburt
- § 43 Künstliche Befruchtung
- § 43a Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
- § 44 Überführungskosten
- § 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe
- § 45a Organspende und andere Spenden
- § 45b Klinisches Krebsregister

## Kapitel 5 Umfang der Beihilfe

- § 46 Bemessung der Beihilfe
- § 47 Abweichender Bemessungssatz
- § 48 Begrenzung der Beihilfe
- § 49 Eigenbehalte
- § 50 Belastungsgrenzen

## Kapitel 6 Verfahren und Zuständigkeit

- § 51 Bewilligungsverfahren
- § 51a Zahlung an Dritte
- § 52 Zuordnung von Aufwendungen
- § 53 (weggefallen)
- § 54 Antragsfrist
- § 55 Geheimhaltungspflicht
- § 56 Festsetzungsstellen
- § 57 Verwaltungsvorschriften

## Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften

- § 58 Übergangsvorschriften
- § 59 Inkrafttreten

→ nach oben

<u>Anlage 1</u> (zu § 6 Abs. 4)	Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen
<u>Anlage 2</u> (zu § 6 Abs. 3 Satz 4)	Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen
<u>Anlage 3</u> (zu §§ 18 bis 21)	Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
<u>Anlage 4</u> (zu § 22 Abs. 1)	Beihilfefähige Medizinprodukte
<u>Anlage 5</u> (zu § 22 Abs. 2 Nummer 1)	Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen
<u>Anlage 6</u> (zu § 22 Abs. 2 Nummer 3 Buchstabe c)	Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel
<u>Anlage 7</u> (zu § 22 Abs. 3)	weggefallen
<u>Anlage 8</u> (zu § 22 Abs. 4)	Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder beschränkt beihilfefähige Arzneimittel
<u>Anlage 9</u> (zu § 23 Abs. 1)	Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel
<u>Anlage 10</u> (zu § 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1)	Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel
<u>Anlage 11</u> (zu § 25 Abs. 1 und 4)	Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körpersatzstücke
<u>Anlage 12</u> (zu § 25 Abs. 1, 2 und 4)	Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle
<u>→ nach oben</u>	

<u>Anlage 13</u> (zu § 41 Abs. 1 Satz 3)	Nach § 41 Absatz 1 Satz 3 beihilfefähige, Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen
<u>Anlage 14</u> (zu § 41 Abs. 3)	Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko
<u>Anlage 14a</u> (zu § 41 Abs. 4)	Früherkennungsprogramm für erblich belastete Per- sonen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko
<u>Anlage 15</u> (zu § 35 Abs. 1 Nr. 4)	weggefallen
<u>Anlage 16</u> (zu § 51a Abs. 2)	Antrag auf Gewährung von Beihilfe und auf Direktabrechnung

**→ Zur Verwaltungsvorschrift (VwV)**

**→ nach oben**

← zurück

**Kapitel 1**  
**Allgemeine Vorschriften**

**§ 1**  
**Regelungsgegenstand**

Diese Verordnung regelt die Einzelheiten der Gewährung von Beihilfe nach § 80 Absatz 6 des Bundesbeamtengesetzes.

→ VwV

→ nach oben

← zurück

## § 2

### Beihilfeberechtigte Personen

(1) Soweit nicht die Absätze 2 bis 5 etwas Anderes bestimmen, ist beihilfeberechtigt, wer im Zeitpunkt der Leistungserbringung

1. Beamtin oder Beamter,
  2. Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder
  3. frühere Beamtin oder früherer Beamter
- ist.

(2) Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der beihilfeberechtigten Person Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeiträge nach Abschnitt II oder Abschnitt V, nach § 22 Absatz 1 oder nach § 26 Absatz 1 des Beamtenversorgungsgesetzes oder Übergangsgeld nbeiach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes zustehen. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Elternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden. Ruhens- und Anrechnungsvorschriften im Sinne von Satz 2 sind insbesondere § 22 Absatz 1 Satz 2, die §§ 53 bis 56, § 61 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 des Beamtenversorgungsgesetzes, § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes sowie § 10 Absatz 4 und 6 des Postpersonalrechtsgesetzes. Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung unberührt, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,
2. Beamtinnen und Beamte, deren Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst im Sinne des § 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes beschäftigt sind, und
3. Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

(4) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamtinnen oder Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

(5) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten, die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sind, soweit die Satzung für beihilfefähige Aufwendungen dieser Mitglieder Sachleistungen vorsieht und diese nicht durch einen Höchstbetrag begrenzt sind.

→ nach oben

← zurück

### § 3

#### **Beamtinnen und Beamte im Ausland**

Beihilfeberechtigt nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sind auch diejenigen Beamtinnen und Beamten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind.

→ VwV

→ nach oben

← zurück

## § 4

### **Berücksichtigungsfähige Personen**

- (1) Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner beihilfeberechtigter Personen sind berücksichtigungsfähig.
- (2) Kinder sind berücksichtigungsfähig, wenn sie beim Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person nach dem Besoldungs- und Versorgungsrecht berücksichtigungsfähig sind. Dies gilt für beihilfeberechtigte Personen nach § 3, wenn
1. Anspruch auf einen Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes besteht oder
  2. ein Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

Befinden sich Kinder nach Vollendung des 25. Lebensjahres noch in Schul- oder Berufsausbildung, sind sie weiter berücksichtigungsfähig, wenn die Ausbildung durch einen freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes unterbrochen oder verzögert worden ist. Die Dauer der weiteren Berücksichtigungsfähigkeit entspricht der Dauer des abgeleisteten Dienstes, insgesamt höchstens zwölf Monate.

- (3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

→ VwV

→ nach oben

←zurück

## § 5

### Konkurrenzen

(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis oder ein Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte schließt

1. eine Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs sowie
2. die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4

aus.

(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.

(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,

1. mit einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 in häuslicher Gemeinschaft am Auslandsdienstort lebt und
2. auf den eigenen Anspruch aus der Beihilfeberechtigung verzichtet.

Der Verzicht ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.

(4) Die Beihilfeberechtigung auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht

1. der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und
2. die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4

vor. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(5) Absatz 4 ist nicht anzuwenden bei privat krankenversicherten Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern, die

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.

(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.

→ VwV    → nach oben

[←zurück](#)

## § 6

### Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

- (1) Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen
1. die Beihilfeberechtigung besteht oder
  2. die Voraussetzungen für die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 erfüllt sind.

Die Aufwendungen gelten als zu dem Zeitpunkt entstanden, zu dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

- (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 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.
- (3) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht.
- (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.
- (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 Beihilfetägern 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.

- (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 geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten.
- (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.
- (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.

→ VwV

→ nach oben

[← zurück](#)

## § 7

### Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch

Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Beihilfe gewährt wird, an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen, setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen einschließlich der Arzneimittel nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind sowie insbesondere ein Arzneimittel zweckmäßig ist und keine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren. Dies gilt insbesondere für die §§ 22 und 27 Abs. 1 Satz 2, §§ 30 und 40 Abs. 1, § 41 Abs. 1, § 43 Abs. 1 und § 50 Abs. 1 Satz 4. Im Übrigen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, auf die diese Verordnung verweist, entsprechend, soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 8

### Ausschluss der Beihilfefähigkeit

(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

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 von 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.

(2) Ferner sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, soweit ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht.

(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.

(4) Nicht beihilfefähig sind erbrachte Leistungen nach

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.

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

1. die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und
2. 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.

Satz 3 gilt nicht für

1. Personen, die Leistungen nach § 10 Absatz 2, 4 und 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, und
  4. 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.

→ VwV

→ nach oben

←zurück

## § 9

### 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.

(2) Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der abstrakt höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.

(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 50 Prozent zu kürzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für

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, und
4. 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.

(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.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## **§ 10** **Beihilfeanspruch**

(1) Auf Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten und grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden. Die Pfändung wegen einer Forderung auf Grund einer beihilfefähigen Leistung der Forderungsgläubigerin oder des Forderungsgläubigers ist insoweit zulässig, als die Beihilfe noch nicht ausgezahlt ist.

(2) Nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person kann die Beihilfe mit befreiender Wirkung auf folgende Konten gezahlt werden:

1. das Bezügekonto der oder des Verstorbenen,
2. ein anderes Konto, das von der oder dem Verstorbenen im Antrag oder in der Vollmacht angegeben wurde, oder
3. ein Konto einer oder eines durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde ausgewiesenen Erbin oder Erben.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## § 11

### Aufwendungen im Ausland

(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.

(2) Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten, die im Inland entstanden wären, beihilfefähig, wenn

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.

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.

(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.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

**Kapitel 2**  
**Aufwendungen in Krankheitsfällen**  
**Abschnitt 1**  
**Ambulante Leistungen**  
**§ 12**  
**Ärztliche Leistungen**

Aufwendungen für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 in Krankheitsfällen grundsätzlich beihilfefähig. Die Vorschriften des Kapitels 4 bleiben unberührt. Aufwendungen für Dienstunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der beihilfeberechtigten Person trägt die Festsetzungsstelle.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

←zurück

## § 13

### Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 Satz 4 und nach § 22 Absatz 6 beihilfefähig.

→VwV

Anlage 2 Heilpraktikerleistungen →Anlage 2

→ nach oben

←zurück

## **§ 14**

### **Zahnärztliche Leistungen**

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 grundsätzlich beihilfefähig. Für Zahnersatz und implantologische Leistungen kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen. Aufwendungen für Dienstunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der beihilfeberechtigten Person trägt die Festsetzungsstelle.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 15 Implantologische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte und alle damit in Zusammenhang stehenden weiteren Aufwendungen nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte und der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig bei

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
  - a) Tumoroperationen,
  - b) Entzündungen des Kiefers,
  - c) Operationen infolge großer Zysten,
  - d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
  - e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, ektodermalen Dysplasien oder
  - f) Unfällen,
2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich oder
5. implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer.

Im Fall des Satzes 1 Nummer 5 sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich bereits vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Maßgebend für die Voraussetzung eines zahnlosen Ober- oder Unterkiefers ist der Zeitpunkt der Fixierung der Prothese. Zahnlos im Sinne der Verordnung ist ein Kiefer ohne Zähne und Zahnfragmente.

(2) Liegt keiner der in Absatz 1 Satz 1 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für höchstens zwei Implantate je Kiefer, einschließlich bereits vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, sind entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen.

(3) Die Aufwendungen für Suprakonstruktionen auf Implantaten sind im Rahmen des § 16 stets beihilfefähig.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 15a

### Kieferorthopädische Leistungen

- (1) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn
1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
  2. bei schweren Kieferanomalien, insbesondere bei angeborenen Missbildungen des Gesichts oder eines Kiefers, skelettalen Dysgnathien oder verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen, eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt.

Voraussetzung ist, dass die Festsetzungsstelle den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes nach Satz 2 sind beihilfefähig.

- (2) Für eine kieferorthopädische Behandlung Erwachsener ist abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 eine Beihilfe zu Aufwendungen zu bewilligen, wenn durch ein Gutachten bestätigt wird, dass
1. die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können
  2. keine Behandlungsalternative vorhanden ist,
  3. erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion.

(3) Bei einem Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden, den die beihilfeberechtigte oder die berücksichtigungsfähige Person zu vertreten hat, bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind.

(4) Ist eine Weiterbehandlung über den Regelfall eines vierjährigen Zeitraums hinaus medizinisch notwendig, muss der Festsetzungsstelle vor Ablauf der laufenden Behandlung ein neuer Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Pro Jahr der Weiterbehandlung werden 25 Prozent der Aufwendungen für die kieferorthopädischen Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte als beihilfefähig anerkannt. Aufwendungen für eine Behandlung, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, sind auch bei einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig, die auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes nach Absatz 1 Satz 2 von der Festsetzungsstelle genehmigt wurde.

- (6) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels sind nur beihilfefähig bei
1. Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
  2. Beseitigung von Habits bei einem habituellen offenen oder seitlichen Biss bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
  3. Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigen Milchzahnverlustes,

4. Frühbehandlung

- a) eines Distalbisses bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
- b) eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses bei transversaler Abweichung mit einseitigem oder beidseitigem Kreuzbiss, der durch präventive Maßnahmen nicht zu korrigieren ist,
- c) einer Bukkalokklusion, Nonokklusion oder Lingualokklusion permanenter Zähne bei transversaler Abweichung,
- d) eines prognen Zwangsbisses oder frontalen Kreuzbisses bei mesial sagittaler Stufe,
- e) bei Platzmangel zum Schaffen von Zahnlücken von mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern oder zum Vergrößern von Zahnlücken um mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern,

5. früher Behandlung

- a) einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien,
- b) eines skelettal offenen Bisses bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
- c) einer Progenie bei mesial sagittaler Stufe,
- d) verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

Die Frühbehandlung nach Satz 1 Nummer 4 soll nicht vor Vollendung des dritten Lebensjahres begonnen und innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen werden; eine reguläre kieferorthopädische Behandlung kann sich anschließen, wenn die zweite Phase des Zahnwechsels vorliegt. Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind neben den Aufwendungen für eine Behandlung nach Satz 1 Nummer 4 oder Nummer 5 gesondert beihilfefähig.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 15b

### **Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**

(1) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt:

1. Kiefer- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen oder
5. umfangreiche Gebissanierungen.

Eine Gebissanierung ist umfangreich, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichstehen, und wenn die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise herstellbar ist.

(2) Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle eine Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nummer 8000 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte vorzulegen.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 16

### **Auslagen, Material- und Laborkosten**

(1) Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Abs. 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Nummer 2130 bis 2320, 5000 bis 5340, 7080 bis 7100 und 9000 bis 9170 der Anlage 1 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 60 Prozent beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Indikationen nach § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4.

(2) Wenn der auf die in Absatz 1 genannten Aufwendungen entfallende Anteil nicht nachgewiesen ist, sind 40 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages anzusetzen.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 17

### Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und Personen, die bei ihnen berücksichtigungsfähig sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.

(2) Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen,
2. Inlays und Zahnkronen,
3. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
4. implantologische Leistungen.

Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn die beihilfeberechtigte Person zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 18

### **Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung**

- (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.
- (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.
- (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.
- (4) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
1. gleichzeitige Behandlungen nach den § 18 Absatz 2 und den §§ 19 bis 21.
  2. Leistungen nach Abschnitt 1 der Anlage 3.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 18a

### **Gemeinsame Vorschriften für die psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie**

- (1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei
    1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, 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. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
  
  - (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 innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
      - b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substituionsgestützter 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. seelische Krankheit 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 **→ Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 3** erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.
- (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
    1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten nach Absatz 1 dienen, bei denen 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 gegeben sind und

3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat, es sei denn, dass es sich um eine Kurzzeittherapie handelt.

Aufwendungen für Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung später als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Das Gutachten nach 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](http://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 einem vom Gesundheitsdienst des auswärtigen Amtes beauftragten Ärztin oder Arzt eingeholt werden.

(5) Haben Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt sind 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 Nr. 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

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.

**→VwV**

**→ nach oben**

[← zurück](#)

## § 19

### Psychoanalytisch begründete Verfahren

(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:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
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:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
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:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 90 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 80 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

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.

- (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.
- (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.
- (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.
- (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 rund einer besonders begründeten Erstanamnese erbracht werden.
- (6) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

→VwV ←zurück

← zurück

**§ 20**  
**Verhaltenstherapie**

(1) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

(2) § 19 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(3) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

→VwV

→ nach oben

[← zurück](#)

**§ 20a**

**Systemische Therapie**

(1) Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in folgendem Umfang, auch im Mehrpersonensetting, beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	36 Sitzungen	36 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 12 Sitzungen	weitere 12 Sitzungen

(2) § 19 Absatz 3 gilt entsprechend.

[→ nach oben](#)

←zurück

## § 21

### Psychosomatische Grundversorgung

- (1) Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne dieser Verordnung umfasst
  1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder
  2. Hypnose, autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobson nach den Nummern 845 bis 847 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.
  
- (2) Je Krankheitsfall sind Aufwendungen beihilfefähig für
  1. verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
  2. Hypnose als Einzelbehandlung mit bis zu 12 Sitzungen sowie -
  3. autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit bis zu 12 Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich.

Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 sind nicht beihilfefähig, wenn sie zusammen mit Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 in derselben Sitzung entstanden sind. Neben den Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 sind Aufwendungen für somatische ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig.

- (3) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind bis zu der Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen ist, beihilfefähig.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen

### § 22

#### Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte

- (1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang schriftlich verordnete oder während einer Behandlung verbrauchte
  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 nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in → Anlage 4 aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.
  
- (2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
  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
    - a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder
    - b) die anderen zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,
  
  2. verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von
    - 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
      - aa) Pilzinfektionen,
      - bb) Geschwüren in der Mundhöhle oder
      - cc) nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,
    - c) Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darm-lähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase o-der
    - d) Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkom-plex,

soweit die Arzneimittel nicht für Minderjährige bestimmt sind,

←zurück

3. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie
    - 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,
    - b) wurden für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und
      - aa) in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder
      - bb) auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person selbst beschafft,
    - 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,
    - d) sind in der Fachinformation zum Hauptarzneimittel eines beihilfefähigen Arzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben oder
    - 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.
- (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

←zurück

1. in medizinisch begründeten Einzelfällen verordnet worden sind oder
2. in Richtlinien nach § 129 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmt sind.

(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.

(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.

(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.

→VwV

→ nach oben

←zurück

**§ 23**  
**Heilmittel**

(1) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel und bei der Anwendung der Heilmittel verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der → Anlage 9 und 10 beihilfefähig.

(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.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 24

### **Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen**

- (1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Abs. 3 Satz 1 und 2 und § 23 Abs. 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.
- (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.
- (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.
- (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 Leistungserbringerrinnen und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfetragern abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.
- (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
1. durchgeführt werden im Anschluss an
    - 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, oder
    - c) eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Sinne von § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 und
  2. erforderlich sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

→VwV

→ nach oben

[← zurück](#)

## § 25

### Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

(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 in [→ Anlage 12](#) ausgeschlossene Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die

- e) einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
- f) einen niedrigen Abgabepreis haben,
- g) der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
- h) in [→ Anlage 12](#) genannt sind.

2. gesondert ausgewiesene Versandkosten.

(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.

(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 EUR vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat herzustellen. Soweit das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern allgemein erklärt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen. Absatz 2 bleibt unberührt.

(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 Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

(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.

[→ nach oben](#)

←zurück

## § 26

### Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern

(1) Aufwendungen für Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, soweit sie entstanden sind für

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
  - 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.

(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.

(3) Aufwendungen für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## §26a

### Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern

(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 Satz 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
  - 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.
  
3. gesondert berechnete Walleistungen 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).

- (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.
- (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.
- (4) Mit den Beträgen nach Absatz 1 sind Aufwendungen für Leistungen abgegolten, die
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.
- (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.
- (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.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 27

### **Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit**

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich sind und die Pflege

1. nicht länger als vier Wochen dauert, weder von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person noch von einer anderen im Haushalt lebenden Person durchgeführt werden kann und
2. im eigenen Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

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.

(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 1 umfasst

1. Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,
2. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen,
3. ambulante psychiatrische Krankenpflege und
4. ambulante Palliativversorgung.

Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person sind beihilfefähig bei

1. schwerer Erkrankung oder
2. akuter Verschlimmerung einer Erkrankung,

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.

(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.

(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:

1. Aufwendungen für Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und
2. eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.

(5) Ist häusliche Krankenpflege nach Absatz 1

1. bei schwerer Krankheit oder
2. wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit,

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.

(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für die Versorgung chronischer und schwer spezialisierten Einrichtungen.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## § 28

### Familien- und Haushaltshilfe

(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

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.

In Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.

(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

1. bei schwerer Krankheit oder
2. bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit,

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.

(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.

(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.

(5) Aufwendungen für notwendige Fahrtkosten sind in Höhe der Reisekostenvergütung nach den §§ 3, 4 und 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

←zurück

## § 29

### Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

- (1) Aufwendungen beihilfeberechtigter Personen nach § 3 für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn
1. eine ambulante ärztliche Behandlung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
  2. mindestens eine berücksichtigungsfähige Person, die das vierte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, im Haushalt zurückbleibt und
  3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.
- (2) Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienort nicht gewährleistet ist und der Dienort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer.
- (3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe berücksichtigungsfähige Personen, die das vierte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beim Verlassen des Dienortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin, der Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch Nehmenden die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

→VwV

→ nach oben

← zurück

**§ 30**  
**Soziotherapie**

Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

→ VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## **§ 30a**

### **Neuropsychologische Therapie**

- (1) Aufwendungen für ambulante neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie
1. der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma und
  2. durchgeführt werden von Fachärztinnen oder Fachärzten
    - a) für Neurologie,
    - b) für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,
    - c) Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder
    - d) Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- die zusätzlich zu ihrer Gebietsbezeichnung über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen.

Satz 1 gilt auch bei Behandlungen, die durchgeführt werden von

1. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,
  2. ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,
  3. psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder
  4. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.

- (2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie, wenn
1. ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS oder ADS), Intelligenzminderung,
  2. es sich um Hirnerkrankungen mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimer-Typ, handelt,
  3. die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.
- (3) Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
1. bis zu fünf probatorische Sitzungen sowie

2. bei Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 25 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert
Regelfall	120 Behandlungseinheiten	60 Behandlungseinheiten
Ausnahmefall	40 weitere Behandlungseinheiten	20 weitere Behandlungseinheiten

3. bei Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 100 Minuten dauert
80 Behandlungseinheiten	40 Behandlungseinheiten

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die gesamte Behandlung nach Satz 1 Nummer 2 beihilfefähig.“

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## § 31 Fahrtkosten

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

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 oder
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.

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.

(2) Ohne ärztliche Verordnung sind Aufwendungen beihilfefähig für

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
  - a) mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, Bl oder H oder
  - b) der Pflegegrade 3 bis 5 oder
4. Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Festsetzungsstelle der Verlegung zugestimmt hat.

Ist der Anlass der Fahrt aus den Belegen nicht ersichtlich, so ist dieser auf andere Weise nachzuweisen.

(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.

←zurück

(4) Erstattet werden:

1. bei Rettungsfahrten und -flügen sowie bei Fahrten mit Krankentransportwagen der nach dem jeweiligen 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.

(5) Nicht beihilfefähig sind

1. die Kosten für die Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderer privater Reisen,
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 Kosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union

Kosten nach Satz 1 Nummer 2 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn zwingende medizinische Gründe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes 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.

(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

1. eine sofortige Behandlung geboten war oder
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat; in Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

Die Hin- und Rückfahrt gelten als eine Fahrt.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## **§ 32** **Unterkunftskosten**

- (1) Aufwendungen für die Unterkunft anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher oder psychotherapeutischer Leistungen sind bis 150 Prozent des Betrags nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft in gleicher Höhe beihilfefähig.
- (2) Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung verabreicht, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch Pauschalen beihilfefähig. Dies gilt auch, wenn die Pauschalen einen Verpflegungsanteil enthalten.
- (3) Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 sind bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, auch dann beihilfefähig, wenn sie außerhalb des Gastlandes erbracht werden. Aufwendungen für eine Unterkunft im Ausland sind bis zur Höhe von 150 Prozent des Auslandsübernachtungsgelds (§ 3 Absatz 1 der Auslandsreisekostenverordnung) beihilfefähig.

→VwV

→ nach oben

←zurück

### § 33

#### **Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten**

(1) 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

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.

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.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

### **Abschnitt 3**

#### **§ 34**

#### **Anschlussheil- und Suchtbehandlungen**

- (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.
- (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.
- (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.
- (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.
- (5) Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderung sind beihilfefähig
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.
- (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.

[→VwV](#)    [→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 35

### Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

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 und
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat gibt die Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte durch Rundschreiben bekannt.

(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 Verdienstausschlag 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 Rechnung stellt,
- 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
- 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.

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.

(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.

→**VwV**

→ **nach oben**

[← zurück](#)

## § 36

### Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

(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.

(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.

(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.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

←zurück

**Kapitel 3**  
**Aufwendungen in Pflegefällen**  
**§ 37**  
**Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen**

(1) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn

1. beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen Leistungen der Pflegeversicherung
  - 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.

Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat bekanntgegeben.

(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.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 38

### **Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen**

Aufwendungen für Pflegeleistungen sind nur beihilfefähig bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen

1. der Pflegegrade 2 bis 5 nach Maßgabe der §§ 38a bis 39a und
2. des Pflegegrades 1 nach § 39b.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## **§ 38a** **Häusliche Pflege**

(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.

(2) Aufwendungen für Leistungen

1. zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende oder
  2. zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftige Person bei der Gestaltung ihres Alltags
- sind entsprechend den §§ 45a und 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(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.

(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

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.

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.

(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht.



←zurück

—

(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.

—

→VwV

→ nach oben

←zurück

## **§ 38b**

### **Kombinationsleistungen**

- (1) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach § 38a Absatz 1 nur teilweise durch eine ge-
- eignete 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.
  -
- (2) Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt
- - 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.

Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe.

- (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.

→VwV

→ nach oben

←zurück

### **§ 38c**

#### **Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

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.

→VwV

→ nach oben

←zurück

**§ 38d**  
**Teilstationäre Pflege**

(1) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind entsprechend § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn

1. häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann  
oder
2. die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

(2) Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

–

(3) Aufwendungen für Leistungen der teilstationären Pflege sind neben den Aufwendungen nach § 38a Absatz 1 oder 3 oder nach § 38b beihilfefähig.

–

→VwV

→ nach oben

←zurück

**§ 38e**  
**Kurzzeitpflege**

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, sind Aufwendungen für Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## **§ 38f**

### **Ambulant betreute Wohngruppen**

Entstehen Aufwendungen nach § 38a Absatz 1, 2 oder 3 oder nach § 38b in ambulant betreuten Wohngruppen und sind auch die Voraussetzungen nach § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, wird eine weitere Beihilfe entsprechend § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum jeweiligen Bemessungssatz gewährt. Daneben sind Aufwendungen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen entsprechend § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

→VwV

→ nach oben

←zurück

### **§ 38g**

#### **Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

Beihilfefähig sind Aufwendungen für

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.

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.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 38h

### Leistungen zur sozialen Sicherung der Personen

(1) Auf Antrag der Pflegeperson sind beihilfefähig

–

1. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Festsetzungsstelle führt an die jeweiligen Leistungsträger Leistungen ab für die

–

1. Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur sozialen Sicherung nach § 44 Absatz 1, 2 und 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nach § 26 Absatz 2 Nummer 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit den §§ 345 und 347 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden in der Höhe gewährt, die dem Bemessungssatz der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person entspricht.

–

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## **§ 39** **Vollstationäre Pflege**

(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:

1. pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und
2. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, sofern hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird.

§ 43 Absatz 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(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 Abs. 1, 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
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 Abs. 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.

(3) Maßgeblich sind die im Kalenderjahr vor 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 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.

(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.

–  
(5) Beihilfefähig sind Aufwendungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn

1. die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder
2. festgestellt wurde, dass die zuvor pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist.

– (6) Absatz 2 gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

← zurück

[← zurück](#)

## **§ 39a**

### **Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Aufwendungen für Pflege, Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Satz 1 gilt auch für pflegebedürftige Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden.

[→ nach oben](#)

←zurück

## **§ 39b**

### **Aufwendungen bei Pflegegrad 1**

Für pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen des Pflegegrades 1 sind Aufwendungen beihilfefähig für:

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.

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.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## § 40

### Palliativversorgung

- (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.
- (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.
- (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.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## **§ 40a**

### **Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase**

(1) Beihilfefähig sind entsprechend § 132g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.

(2) Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach § 15 insbesondere Absatz 5 der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Trägern vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung vom 13. Dezember 2017 <sup>1</sup> in Verbindung mit den Vergütungsvereinbarungen der jeweiligen Träger der Einrichtungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen.

<sup>1</sup>[https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz\\_und\\_palliativversorgung/letzte\\_lebensphase/gesundheitliche\\_versorgungsplanung.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/letzte_lebensphase/gesundheitliche_versorgungsplanung.jsp)

[→ nach oben](#)

## Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen

←zurück

### § 41

#### Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

- (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.
- (2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für
1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
  2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
  3. 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.“
- (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.
- (4) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind nach Maßgabe der Anlage 14a beihilfefähig.
- (5) Bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen beihilfefähig für
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.
- (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.
- (7) § 31 Abs. 5 in Verbindung mit § 49 Absatz 4 Nummer 3 gilt entsprechend.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 42

### Schwangerschaft und Geburt

(1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach Kapitel 2 beihilfefähig Aufwendungen für

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.

(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.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

### **§ 43** **Künstliche Befruchtung**

(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, wenn

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 und
8. 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.

(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:

1. Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens,
2. notwendige Laboruntersuchungen und
3. Beratung der Ehegatten über die speziellen Risiken der künstlichen Befruchtung und für die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung.

(3) Die Aufwendungen für folgende Einzelleistungen der künstlichen Befruchtung sind der Frau zuzuordnen:

1. extrakorporale Leistungen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samen und
2. Beratung der Ehegatten über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung.

[←zurück](#)

(4) Im Einzelnen sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

Nr.	Behandlungsmethode	Indikationen	Anzahl der beihilfefähigen Versuche
1	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spon- tanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen	somatische Ursachen (zum Bei- spiel Impotentia coeundi, ret- rograde Ejakulation, Hy- pospadie, Zervikalkanaste- nose, Dyspareunie) gestörte Spermatozoen- Mucus-Interaktion Subfertilität des Mannes Immunologisch bedingte Ste- rilität	acht
2	intrazervikale, intrauterine oder in- tratubare Insemination nach hor- moneller Stimulation mit Gona- dotropinen	Subfertilität des Mannes Immunologisch bedingte Ste- rilität	drei
3	In-vitro-Fertilisation mit Embryo- Transfer, gegebenenfalls als Zy- goten-Transfer oder als Embryo- Intrafallopian-Transfer	Zustand nach Tubenamputa- tion andere, auch mikrochirur- gisch, nicht behandelbarer Tu- benver- schluss andere nicht behandelbarer tuba- rer Funktionsverlust, auch bei En- dometriose idiopathische, unerklärliche Steri- lität, sofern alle diagnosti- schen und sonstigen thera- peutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbe- handlung ein- schließlich einer psychologi- schen Exploration ausge- schöpft sind Subfertilität des Mannes, so- fern Behandlungsversuche nach Num- mer 2 keinen Erfolg versprechen o- der erfolglos geblieben sind immunologisch bedingte Steri- lität, sofern Behandlungsver- suche nach Nummer 2 keinen Erfolg ver- sprechen oder er- folglos geblie- ben sind	drei; Der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungs- zyklen eine Befruch- tung stattgefunden hat

[← zurück](#)

4	intratubarer Gameten-Transfer	anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose idiopatische, 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 des Mannes durch Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen	drei; der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat

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.

(5) Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 2, Absatz 3 und Absatz 4 sind zu 50 Prozent beihilfefähig.

(6) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung nach einer vorhergehenden Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

(7) Aufwendungen für Maßnahmen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, insbesondere die Kryokonservierung von Samenzellen, 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 Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat herzustellen. → **nach oben VwV**

§ 43a

**Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch**

- (1) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind beihilfefähig, wenn die Sterilisation wegen einer Krankheit notwendig ist.
- (2) Aufwendungen für die ärztliche Beratung zu Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und der ärztlich verordneten empfängnisregelnden Mittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, die Mittel sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.
- (3) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen nach den §§ 12, 22, 26, 28, 29, 31 und 32 beihilfefähig. Daneben sind auch Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs beihilfefähig.

**→ nach oben**

← zurück

## **§ 44**

### **Überführungskosten**

(1) Ist eine beihilfeberechtigte Person während einer Dienstreise, Abordnung, Zuweisung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer Hauptwohnung nach § 22 Absatz 1 des Melde-rechtsrahmengesetzes verstorben, so sind die Kosten der Überführung beihilfefähig.

(2) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig. Liegt der Beisetzungsort nicht im Inland, so sind Aufwendungen bis zur Höhe der Überführungskosten, die für eine Überführung in das Inland entstanden wären, beihilfefähig.

→ VwV

→ nach oben

← zurück

## § 45

### **Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe**

- (1) Für Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Erste Hilfe und für eine behördlich angeordnete Entseuchung sowie für die dabei verbrauchten Stoffe.
- (2) Für Aufwendungen für Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Untersuchung und Behandlung, bei Verabreichung von Heilmitteln, bei Versorgung mit Hilfsmitteln, Zahnersatzversorgung oder Pflegeleistungen beihilfefähig, wenn
1. in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde und
  2. im Einzelfall der Informationsfluss zwischen Leistungserbringerin oder Leistungserbringer und den beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen nur so gewährleistet werden kann.

→ VwV

→ nach oben

← zurück

## § 45a

### Organspende und andere Spenden

(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:

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.

(2) Aufwendungen für eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind entsprechend Kapitel 2 und § 7 Abs. 1 Bundesreisekostengesetz 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.

(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.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## **§ 45b**

### **Klinisches Krebsregister**

(1) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Krebsregistrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen unmittelbar gegenüber dem klinischen Krebsregister für

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.

Voraussetzung der Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung zwischen dem Bund und dem klinischen Krebsregister.

(2) Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat bekanntgegeben.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

←zurück

**Kapitel 5**  
**Umfang der Beihilfe**  
**§ 46**  
**Bemessung der Beihilfe**

(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.

(2) Soweit Absatz 3 nichts Anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für

1. beihilfeberechtigte Person 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.

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 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.

(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.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## § 47

### Abweichender Bemessungssatz

- (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.
- (2) Den Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den Kapiteln 2 und 4 von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und ihren 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 oder den berücksichtigungsfähigen Lebenspartner 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.
- (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.
- (4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund 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.
- (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.
- (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.

- (7) In Fällen des § 39 Absatz 2 und des § 44 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent.
- (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 und 39b auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.
- (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 zuständig ist.

→ VwV

→ nach oben

←zurück

## § 48

### **Begrenzung der Beihilfe**

(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.

(2) Die beihilfeberechtigte Person hat nachzuweisen:

1. den Umfang des bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes und
2. die gewährten Leistungen.

Satz 1 Nummer 2 gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

## **§ 49 Eigenbehalte**

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um fünf und höchstens um zehn Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten bei

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.

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 zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.

(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um zehn Euro je Kalendertag bei

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, und
2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 und 2.

(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 zehn Euro je Verordnung.

(4) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für

1. Personen, die das 18. Lebensjahres 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

a) die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulanten Behandlungen benötigt und

aa) in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder

bb) auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person selbst beschafft worden sind oder“.

- b) 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 Blutteststreifen.
    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.

→VwV

→ nach oben

←zurück

## § 50 Belastungsgrenzen

(1) Auf Antrag sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze nach Satz 5

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:
  - a) für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 2 bis A 8 und Anwärterinnen und Anwärter sowie berücksichtigungsfähige Personen 8 Euro,
  - b) für beihilfeberechtigte Person der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie deren berücksichtigungsfähige Personen 12 Euro,
  - c) für beihilfeberechtigte Person höherer Besoldungsgruppen so-  
wie deren berücksichtigungsfähige Personen 16 Euro.

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 Satz 2, die anrechenbaren Eigenbehalte und die Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nachzuweisen. <sup>5</sup>Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Personen zusammen 2 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 1 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.

(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.

(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.

→VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

**Kapitel 6**  
**Verfahren und Zuständigkeit**  
**§ 51**  
**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.

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall das Gutachten zugrunde zu legen, dass 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.“

(3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der beihilfeberechtigten Person bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrundeliegenden 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 Beihilfestelle 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. Absatz 5 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(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 Krankheitsbilds und der erbrachten Leistungen eine Übersetzung vorgelegt werden.

←zurück

(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.

(6) Der Beihilfebescheid kann vollständig durch automatisierte Einrichtungen erlassen werden, sofern kein Anlass dazu besteht, den Einzelfall durch einen Amtsträger zu bearbeiten.

(7) Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Festsetzungsstelle nach vorheriger Anhörung der beihilfeberechtigten Person zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter ohne Zustimmung der beihilfeberechtigten Person die Beihilfe selbst beantragen.

(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.

(8) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der beihilfeberechtigten Person Abschlagszahlungen leisten.

→VwV

→ nach oben

←zurück

### **§ 51a Zahlung an Dritte**

(1) Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe auf Antrag der beihilfeberechtigten Person an Dritte auszahlen.

(2) Leistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 1, 2, 4 und 5 können direkt zwischen dem Krankenhaus oder dem vom Krankenhaus beauftragten Rechnungssteller und Festsetzungsstelle abgerechnet werden, wenn

1. der Bund eine entsprechende Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankengesellschaft e.V. abgeschlossen hat und
2. ein Antrag nach Anlage 16 vorliegt.

Die Festsetzungsstelle hat abrechnungsrelevante Klärungen mit dem Krankenhaus oder dem vom Krankenhaus beauftragten Rechnungssteller durchzuführen. Der Beihilfebescheid ist der beihilfeberechtigten Person bekannt zu geben.“

(3) Besteht die Möglichkeit eines elektronischen Datenaustauschs zwischen den Dritten und der Festsetzungsstelle, ist die Beihilfe auf Antrag der beihilfeberechtigten Person direkt an die Leistungserbringer oder von diesen beauftragten Abrechnungsstellen auszuzahlen, wenn die beihilfeberechtigte und die berücksichtigungsfähige Person ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung erteilt oder ihre Einwilligung in die Entbindung von der Schweigepflicht der Leistungserbringer erteilt hat. Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

→VwV

→ nach oben

← zurück

## § 52

### Zuordnung von Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen werden zugeordnet:

1. für eine Familien- und Haushaltshilfe der außerhäuslich untergebrachten Person
2. für eine Begleitperson der oder dem Begleiteten und
3. für eine familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme dem erkrankten Kind und
4. in Geburtsfällen einschließlich der Aufwendungen des Krankenhauses für das gesunde Neugeborene der Mutter

→ VwV

→ nach oben

[←zurück](#)

**§ 53**  
**(weggefallen)**

[←zurück](#)

## **§ 54**

### **Antragsfrist**

(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.

(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.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

←zurück

**§ 55**  
**Geheimhaltungspflicht**

Die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten.

→VwV

→ nach oben

←zurück

**§ 56**  
**Festsetzungsstellen**

(1) Festsetzungsstellen sind

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.

(2) Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Die Übertragung ist im Bundesgesetzblatt zu veröffentlichen.

(3) Die Festsetzungsstellen haben die Abschläge für Arzneimittel nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel geltend zu machen.

→VwV

→ nach oben

← zurück

**§ 57**  
weggefallen

→ nach oben

←zurück

**Kapitel 7**  
**Übergangs- und Schlussvorschriften**

**§ 58**

**Übergangsvorschriften**

- (1) Die Anpassung des Betrages nach § 6 Absatz 2 Satz 1 auf Grund der Sätze 4 und 5 des § 6 Absatz 2 erfolgt erstmals für die Beantragung der Beihilfe im Jahr 2024.
- (2) § 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.
- (3) 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.

→VwV

→ nach oben

[← zurück](#)

**§ 59**  
**Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[→ nach oben](#)

**Anlage 1**  
(zu § 6 Abs. 4)

## **Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen**

### Abschnitt 1 **Völliger Ausschluss**

- 1.1 Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologie-Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Volf, audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- 1.2 Atlastherapie nach Arlen
- 1.3 autohomologe Immuntherapien
- 1.4 autologe-Target-Cytokine-Therapie nach Klehr
- 1.5 ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi
- 2.1 Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Nuhr
- 2.2 Biophotonen-Therapie
- 2.3 Bioresonatorentests
- 2.4 Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- 2.5 Bogomoletz-Serum
- 2.6 brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Barraquer
- 2.7 Bruchheilung ohne Operation
- 3.1 Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- 3.2 computergestützte mechanische Distraktionsverfahren, zur nichtoperativen segmentalen Distraction an der Wirbelsäule (zum Beispiel SpineMED-Verfahren, DRX 9000, Accu-SPINA)
- 3.3 computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologischbedingten Erkrankung oder Schädigung
- 3.4 cytotoxologische Lebensmitteltests
- 4.1 DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)
- 5.1 Elektroneuralbehandlungen nach Croon
- 5.2 Elektronneuraldiagnostik
- 5.3 epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz
- 6.1 Frischzellentherapie
- 7.1 Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Voll, elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik, Mora-Therapie)

**→ nach oben**

- 7.2 gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtschaltung durch negative statische Elektrizität
- 8.1 Heileurhythmie
- 8.2 Höhenflüge zur Asthma – oder Keuchhustenbehandlung
- 8.3 Hornhautimplantation refraktiv zur Korrektur der Presbyopie
- 9.2 Immunseren (Serocytol-Präparate)
- 9.3 isobare oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff oder Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (zum Beispiel hämatogene Oxidationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne)
- 10.1 (frei)
- 11.1 kinesiologische Behandlung
- 11.2 Kirlian-Fotografie
- 11.3 kombinierte Serumtherapie (zum Beispiel Wiedemann-Kur)
- 11.4 konduktive Förderung nach Petö
- 12.1 Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
- 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 Gegsensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)
- 14.1 Neurostimulation nach Molsberger
- 14.2 neurotopische Diagnostik und Therapie
- 14.3 niedrig dosierter, gepulster Ultraschall
- 15.1 osmotische Entwässerungstherapie
- 16.1 photodynamische Therapie in der Parodontologie
- 16.2 Psycotron-Therapie
- 16.3 pulsierende Signaltherapie
- 16.4 Pyramidenenergiebestrahlung
- 17.1 (frei)
- 18.1 Regeneresen-Therapie
- 18.2 Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- 18.3 Rolfing-Behandlung
- 19.1 Schwingfeld-Therapie
- 19.2 SIPARI-Methode
- 20.1 Thermoregulationsdiagnostik
- 20.2 Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie (zum Beispiel SAVIR-Verfahren)
- 20.3 Trockenzellentherapie

**→ nach oben**

- 21.1 (frei)
  - 22.1 Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
  - 22.2 Vibrationsmassage des Kreuzbeins
  - 23.1 (frei)
  - 24.1 (frei)
  - 25.1 (frei)
- Zellmilieu-Therapie

## **Abschnitt 2**

### **Teilweiser Ausschluss**

#### 1. Chelattherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson und Siderose. Alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung einer Schwermetallvergiftung.

#### 2. Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Tendinosis calcarea, Pseudarthrose, Fasziitis plantaris, therapierefraktäre Epicondylitis humeri radialis und therapierefraktäre Achillodynie. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

#### 3. Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxidvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie, diabetisches Fußsyndrom ab Wagner Stadium II oder von Tinnitusleiden, die mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbunden sind.

#### 4. Hyperthermiebehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.

→ **nach oben**

5. Klimakammerbehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder den sie bestimmt, vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat.

6. Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel Aludrin, durchgeführt werden.

7. Magnetfeldtherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen Pseudarthrosen, bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn die Magnetfeldtherapie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie bei psychiatrischen Erkrankungen.

8. Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.

9. Radiale extrakorporale Stoßwellentherapie (r-ESWT)

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.“

10. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

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.

**→ nach oben**

11. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

12. Visusverbessernde Maßnahmen

a) Austausch natürlicher Linsen

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.

b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch eine Brille oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.

c) Implantation einer additiven Linse, auch einer Add-on-Intraokularlinse

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.

d) Implantation einer phaken Intraokularlinse

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.

Aufwendungen für visusverbessernde Maßnahmen sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle den Maßnahmen vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt hat.

**→ nach oben**

→ nach oben

Anlage 2 (zu § 6 Abs. 3 Satz 4)

**Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen**

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
<b>1 – 10</b>	<b>Allgemeine Leistungen</b>	
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50 €
2a	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00 €
2b	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 2b ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</i>	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin / des Heilpraktikers	3,00 €
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 4 ist nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.</i>	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €
7	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nummern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	20,00 €

→ nach oben

<b>9</b>	<b>Hausbesuch einschließlich Beratung</b>		
9.1	bei Tag	24,00 €	
9.2	In dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00 €	
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	29,00 €	
<b>10</b>	<b>Nebengebühren für Hausbesuche</b>		
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00 €	
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00 €	
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00 €	
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00 €	
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden. <i>Anmerkung: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>	0,20 €	
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann die Heilpraktikerin / der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	16,00 €	
<b>11</b>	<b>Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen</b>		
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse der Patientin / des Patienten	5,00 €	
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten  (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)  Schriftliche gutachtliche Äußerung	15,00 €  16,00 €
	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen		8,00 €

→ nach oben

<b>12 Chemisch-physikalische Untersuchungen</b>			
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i>	3,00 €	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, zum Beispiel Zucker usw.)	4,00 €	
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	4,00 €	
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11)	10,00 €	
12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00 €	
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00 €	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	6,00 €	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (zum Beispiel MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl	3,00 €
		Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit einschl. Blutentnahme	3,00 €	
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbefahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €	
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	7,00 €	
<b>13 Sonstige Untersuchungen</b>			
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbefahren besonders schwieriger Art, zum Beispiel ph-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €	

→ nach oben

<b>14 Spezielle Untersuchungen</b>		
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach Nummer 14.1 und Nummer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	8,00 €
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach Nummer 14.1 und Nummer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	8,00 €
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00 €
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00 €
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00 €
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00 €
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehb-sche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00 €
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00 €
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung: Nicht neben Nummer 1 oder Nummer 4 berechenbar.</i>	8,00 €
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck-/ oder Strömungsmessungen	9,00 €
<b>17 Neurologische Untersuchungen</b>		
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00 €
<b>18 – 23 Spezielle Behandlungen</b>		
<b>20 Atemtherapie, Massagen</b>		
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00 €
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenzpunktmassage	6,00 €
20.3	Bindegewebsmassage	6,00 €
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00 €
20.5	Großmassage	6,00 €
20.6	Sondermassagen	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar) 8,00 €

→ nach oben

20.6	Sondermassagen	Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00 €
		Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00 €
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten		6,00 €
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut		4,00 €
<b>21</b>	<b>Akupunktur</b>		
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose		23,00 €
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte		7,00 €
<b>22</b>	<b>Inhalationen</b>		
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/ dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden		3,00 €
<b>24 – 30</b>	<b>Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren</b>		
<b>24</b>	<b>Eigenblut, Eigenharn</b>		
24.1	Eigenblutinjektion		11,00 €
<b>25</b>	<b>Injektionen, Infusionen</b>		
25.1	Injektion, subkutan		5,00 €
25.2	Injektion, intramuskulär		5,00 €
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell		7,00 €
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung		7,00 €
25.5	Injektion, intraartikulär		11,50 €
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke		11,50 €
25.7	Infusion		8,00 €
25.8	Dauertropfeninfusion <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>		12,50 €
<b>26</b>	<b>Blutentnahmen</b>		
26.1	Blutentnahme		3,00 €
26.2	Aderlass		12,00 €
<b>27</b>	<b>Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren</b>		
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband		5,00 €

→ nach oben

27.2	Skarifikation der Haut	4,00 €
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00 €
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00 €
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,00 €
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00 €
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00 €
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00 €
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00 €
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00 €
27.12	Biersche Stauung	5,00 €
<b>28</b>	<b>Infiltrationen</b>	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00 €
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00 €
<b>29</b>	<b>Roedersches Verfahren</b>	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00 €
<b>30</b>	<b>Sonstiges</b>	
30.1	Spülung des Ohres	5,00 €
<b>31</b>	<b>Wundversorgung, Verbände und Verwandtes</b>	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00 €
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00 €
<b>32</b>	<b>Versorgung einer frischen Wunde</b>	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00 €
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00 €
<b>33</b>	<b>Verbände (außer zur Wundbehandlung)</b>	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00 €
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00 €
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	10,00 €
<b>34</b>	<b>Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung</b>	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	17,00 €

→ nach oben

<b>35</b>	<b>Osteopathische Behandlung</b>	
35.1	des Unterkiefers	11,00 €
35.2	des Schultergelenkes und der Wirbelsäule	21,00 €
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00 €
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00 €
35.5	des Daumens	10,00 €
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00 €
<b>36</b>	<b>Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00 €
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00 €
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00 €
36.4	Kneippsche Güsse	4,00 €
<b>37</b>	<b>Elektrische Bäder und Heißluftbäder</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, zum Beispiel Kopf oder Arm	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, zum Beispiel Rumpf oder Beine	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
<b>38</b>	<b>Spezialpackungen</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00 €
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00 €
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00 €
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00 €
<b>39</b>	<b>Elektro-physikalische Heilmethoden</b>	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €

→ **nach oben**

39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00 €
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00 €
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, zum Beispiel Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00 €

→ **nach oben**

**Heilpraktikerverbände, die die Vereinbarung vom 23. September 2011 unterzeichnet haben:**

1. Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände e. V. (DDH)  
Maarweg 10  
53123 Bonn
2. Fachverband Deutscher Heilpraktiker e. V. (FDH)  
Maarweg 10  
53123 Bonn
3. Freier Verband Deutscher Heilpraktiker e. V. (FVDH)  
Weseler Straße 19-21  
48151 Münster
4. Union Deutscher Heilpraktiker e. V. (UDH)  
Waldstraße 21  
61137 Schöneck
5. Verband Deutscher Heilpraktiker e. V. (VDH)  
Ernst-Grote-Straße 13  
30916 Isernhagen
6. Bund Deutscher Heilpraktiker e. V. (BDH)  
Südstraße 11  
48231 Warendorf

→ **nach oben**

Anlage 3

(zu den §§ 18 bis 21)

→ nach oben

**Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

**Abschnitt 1**

**Psychotherapeutische Leistungen**

1. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
  - a) Familientherapie,
  - b) Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,
  - c) Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers),
  - d) Gestalttherapie,
  - e) Körperbezogene Therapie,
  - f) Konzentrierte Bewegungstherapie,)
  - g) Logotherapie,
  - h) Musiktherapie,
  - i) Heileurhythmie,
  - j) Psychodrama,
  - k) Respiratorisches Biofeedback,
  - l) Transaktionsanalyse.
  
2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 18 bis 21 gehören:
  - a) Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
  - b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens-, Paar- oder Sexualberatung,
  - c) Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie
  - d) Psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

→ nach oben

## Abschnitt 2

### Psychosomatische Grundversorgung

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für
  - a) Allgemeinmedizin,
  - b) Augenheilkunde
  - c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
  - d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
  - e) Innere Medizin,
  - f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
  - g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
  - h) Neurologie,
  - i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
  - j) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - k) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
  - l) Urologie.
  
2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von
  - a) einer Ärztin oder einem Arzt,
  - b) einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
  - c) einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
  - d) einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten

Die behandelnde Person muss über Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Intervention verfügen.

## Abschnitt 3

### **Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**

1. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden.
  - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,
  - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

**→ nach oben**

2. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
  - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
  - 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 Psychotherapievereinbarung erfüllt,
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.
  
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:
  - a) Psychotherapeutische Medizin,
  - b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
  - d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

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.
  
4. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in Ausnahmefällen (§ 19 Absatz 1 Nummer 3 und 4) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in Ausnahmefällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 18a Absatz 1 und 2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

**→ nach oben**

→ nach oben

#### **Abschnitt 4**

#### **Verhaltenstherapie**

1. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
  - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,
  - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.
  
2. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
  - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
  - 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,
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie durchführen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
  
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:
  - a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
  - b) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
  - 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.

→ nach oben

→ nach oben

## Abschnitt 5 Systemische Therapie

1. Leistungen der Systemischen Therapie dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:
  - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in diesem Verfahren,
  - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren,
  - c) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4 und einer Zusatzqualifikation für dieses Verfahren, die die Anforderungen des § 6 Absatz 8 der Psychotherapievereinbarung erfüllt.
  
2. 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) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
  - c) Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ mit erfolgreicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.

## Abschnitt 6

### **Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung**

1. Leistungen der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:
  - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4,
  - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4.
  
2. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

**→ nach oben**

3. Wurde die Qualifikation nach Nummer 1 oder Nummer 2 bei Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychologischen Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Ausbildung und bei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person
  - a) in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und
  - b) mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.
  
4. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person
  - a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder 4 erfüllen und
  - b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

**→ nach oben**

→ nach oben

**Anlage 4** (zu § 22 Abs. 1)

**Beihilfefähige Medizinprodukte**

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
<b>0</b>		
	1xklysmasalinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern.
<b>1</b>		
1.1	ALCON BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
1.2	AMO ENDOSOL	Für intraokulare und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
1.3	Ampuwa für Spülzwecke	Zum Anfeuchten von Tamponaden und Verbänden; zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
1.4	Amvisc	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
1.5	Amvisc Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
1.6	Aqua B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern und zur mechanischen Augenspülung.
<b>2</b>		
2.1	Bausch & Lomb Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
2.2	BD PosiFlushSP	Ausschließlich zur Spülung von In-situ-Gefäßzugangssystemen; nicht in einem sterilen Umfeld verwendbar.
2.3	BD PosiFlushXS	Ausschließlich zum Spülen von In-situ-Gefäßzugangssystemen, bei Verwendung aseptischer Technik in einem sterilen Umfeld.
2.4	belAir NaCl 0,9 %	Als isotone Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
2.5	BSS DISTRA-SOL	Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderer intraokularer Eingriffe.
2.6	BSS (Alcon Pharma GmbH)	Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist.
2.7	BSS STERILE SPULLÖSUNG (Alcon Pharma GmbH)	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
<b>3</b>	<b>unbesetzt</b>	
<b>4</b>		
4.1	Dimet 20	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
4.2	Dk-line	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophtho-mo-chirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen oder okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
4.3	DuoVisc	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophtho-mo-chirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.
<b>5</b>		
5.1	EtoPril	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
5.2	Eye-Lotion Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
<b>6</b>		
6.1	Freka-Clyss	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) vor diagnostischen Eingriffen, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
6.2	Freka Drainjet NaCl 0,9 %	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extrakorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Anfeuchten von Tüchern und Verbänden.
6.3	Freka Drainjet Purisole SM verdünnt	Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen.
<b>7</b>	<b>unbesetzt</b>	
<b>8</b>		

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
8.1	Healon	Für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen.
8.2	Healon5	Als viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Operationen am vorderen Augenabschnitt.
8.3	Helalon GV	Als viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Operationen am vorderen Augenabschnitt.
8.4	Hedrin Once Liquid Gel	<p>Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die</p> <p>a) den sechsten Lebensmonat, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben,</p> <p>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.“</p>
8.5	HSO	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
8.6	HSO Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
8.7	Hylo-Gel	Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bulosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
<b>9</b>		
9.1	InstillaGel Lubr	Zur Anwendung bei Personen mit Katheterisierung
9.2	IsoFree	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
9.3	Isomol	<p>Behandlung</p> <p>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</p> <p>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</p> <p>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</p> <p>d) in der Terminalphase</p> <p>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
9.4	Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
<b>10 unbesetzt</b>		

<b>11</b>		
11.1	Kinderlax elektrolytfrei	Zur Behandlung der Obstipation für Personen, die den fünften Lebensmonat, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.
11.2	Klistier Fresenius	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) vor diagnostischen Eingriffen, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien a) bei Personen, die das vierte, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, und b) bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.3	Kochsalz 0,9 % Inhalat Pädia	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
<b>12 unbesetzt</b>		
<b>13</b>		
13.1	Macrogol AbZ	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
13.2	Macrogol dura	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.

13.3	Macrogolratiopharm	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</li> <li>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</li> <li>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</li> <li>d) in der Terminalphase</li> </ul> <p>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
13.4	Macrogolratiopharm flüssig Orange	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</li> <li>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</li> <li>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</li> <li>d) in der Terminalphase</li> </ul> <p>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden</p>
13.5	Macrogol TAD	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</li> <li>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</li> <li>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</li> <li>d) in der Terminalphase</li> </ul> <p>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
13.6	Medicoforum Laxativ	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</li> <li>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</li> <li>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</li> <li>d) in der Terminalphase</li> </ul> <p>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
13.7	Microvisc plus	<p>Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.</p>

13.8	Mosquito med Läuse-Shampoo	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
13.9	Mosquito med Läuse-Shampoo 10	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden
13.10	MOVICOL	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation der chronischen Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- oder Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
13.11	Movicol aromafrei	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation der chronischen Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- oder Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
13.12	MOVICOL flüssig Orange	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
13.13	MOVICOL Junior aromafrei	Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Koprostase bei Personen, die das fünfte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben.
13.14	MOVICOL Junior Schoko	Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben.

13.15	MOVICOL Schoko	<p>Behandlung der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
13.16	MOVICOL V	<p>Behandlung der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
13.17	MucoClear 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben.
13.18	myVISC Hyal 1.0	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
<b>14</b>		
14.1	NaCl 0,9 % B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern sowie zur mechanischen Augenspülung.
14.2	NaCl 0,9 % Fresenius Kabi	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extrakorporalen Systems bei der Hämodialyse, der post-operativen Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Anfeuchten von Tüchern und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
14.3	Natriumchlorid-Lösung 6 % zur Inhalation	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben.
14.4	Nebusal 7 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben.
14.5	NYDA	<p>Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die</p> <p>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,</p>

		b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
14.6	NYDA Läusespray	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
<b>15</b>		
15.1	OcuCoat	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmo-chirurgie des vorderen Augenabschnittes.
15.2	Oculentis BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
15.3	Okta-line	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmo-chirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
15.4	Optyluron NHS 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmo-chirurgie des vorderen Augenabschnittes.
15.5	Optyluron NHS 1,4 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmo-chirurgie des vorderen Augenabschnittes.
15.6	Oxane 1300	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
15.7	Oxane 5700	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
<b>16</b>		
16.1	PädiaSalin 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben.
16.2	Paranix ohne Nissenkamm	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
16.3	PARI NaCl Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
16.4	ParkoLax	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und

		d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
16.5	Pe-Ha-Luron 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
16.6	Pe-Ha-Visco 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
16.7	Polyvisc 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
16.8	Polysol	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
16.9	ProVisc	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.
16.10	PURI CLEAR	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
16.11	Purisole SM verdünnt	Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
<b>17</b>	<b>unbesetzt</b>	
<b>18</b>		
18.1	Ringer B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen sowie zur intraoperativen und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen.
18.2	Ringer Fresenius Spüllösung	Zum Freispülen und Reinigen des Operationsgebietes, zum Feuchthalten des Gewebes, zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen sowie zum Anfeuchten von Wunden und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
<b>19</b>		
19.1	Saliva natura	Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmunerkrankungen.
19.2	Sentol	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
19.3	Serag BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
19.4	Serumwerk-Augenspüllösung BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
<b>20</b>		
20.1	TauroSept	Als Katheter-Block-Lösung zur Instillation von venösen Gefäßkathetern zur Vorbeugung gegen Blutstrominfektionen für parenteral ernährte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht bei malignen Grunderkrankungen oder bereits vorhandenem Katheter und katheterassozierten Blutstrominfektionen in der Vorgeschichte.
20.2	TP SalineFlush	Ausschließlich zum Spülen von In-situ-Gefäßzugangssystemen.

<b>21</b>	<b>unbesetzt</b>	
<b>22</b>		
22.1	VISCOAT	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.
22.2	VISMED	Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
22.3	VISMED MULTI	Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
<b>23</b>	<b>unbesetzt</b>	
<b>24</b>	<b>unbesetzt</b>	
<b>25</b>	<b>unbesetzt</b>	
<b>26</b>		
26.1	Z-HYALIN	Zur Unterstützung intraokularer Eingriffe am vorderen Augenabschnitt bei Kataraktoperationen.

i) → nach oben

→ nach oben

**Anlage 5**

(zu § 22 Abs. 2 Nummer 1)

**Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen**

**Abschnitt 1**

**Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)**

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amfepramon	REGENON TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ALVALIN
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	
A 08 AA 13 Phenylpropanolamin	
A 08 AA 62 Bupropion, Naltrexon	Mysimba
A 08 AA 63 Phenylpropanolamin, Kombinationen	
A 08 AX 01 Rimonabant	
A 10 BX 07 Liraglutid A 10 BJ 02 (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	Saxenda
A 08 AH 02 Fucus vesiculosus	Fucus-Gastreu S R59 Gra- cia Redumax
A 08 AH 01 Calotropis gigantea (madar)	Cefamadar

**Abschnitt 2**  
**Regulierung des Körpergewichts (peripher wirkend)**

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	alli XENICAL alle generischen Orlistat-Fertigarzneimittel

**Abschnitt 3**  
**Behandlung der sexuellen Dysfunktion**

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 01 Alprostadil (außer als Diagnostikum)	CAVERJECT CAVERJECT Impuls MUSE VIRIDAL Vitaros HEXAL
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA alle generischen Sildenafil-Fertigarzneimittel
G 04 BE 04 Yohimbin	YOCON GLENWOOD
V 03 AB 36 Phentolamin (gilt nur zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion)	
C 04 AB 01 (gilt nur zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion)	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	
G 04 BE 08 Tadalafil (außer Tadalafil 5 mg zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei Männern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben)	CIALIS Alle generischen Tadalafil-Fertigarzneimittel
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA Alle generischen Vardenafil-Fertigarzneimittel
G 04 BE 10 Avanafil	SPEDRA
N 01 BB 20 Lidocain; Prilocain	Fortacin
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin Kombinationen	

G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	Priligy
Turnera diffusa	Cefagil DESEO Neradin
Turnera diffusa Kombinationen	Damiana N Oligoplex Virilis – Gastreu S R41 Yohimbin Vitalkomplex

#### Abschnitt 4

#### Bekämpfung der Nikotinabhängigkeit

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 01 Nicotin	NIQUITIN Nicopass Nicorette Nicotinell Nikofrenon
N 07 BA 02 Bupropion N 06 AX 12 (gilt nur bei Anwendung zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit)	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	Champix

#### Abschnitt 5

#### Steigerung des sexuellen Verlangens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	
Turnera diffusa	Cefagil DESEO Neradin Remisens
Turnera diffusa Kombination	Damiana N Oligoplex Virilis – Gastreu S R 41 Yohimbin Vitalkomplex

**Abschnitt 6**  
**Verbesserung des Haarwuchses**

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
D 11 AX 01 Minoxidil	ALOPEXY 5 % REGAINE Minoxidil BIO-H-TIN-Pharma Minoxicutan
D 11 AX 10 Finasterid	PROPECIA Finahair Finapil alle generischen Finasterid-Fertigarzneimittel
Estradiolbenzoat; Prednisolon, Salicylsäure	ALPICORT F
Alfatradiol	ELL CRANELL PANTOSTIN
Dexamethason; Alfatradiol	
Thiamin; Calcium pantothenat; Hefe, medizinisch; L-Cystin; Keratin	Pantovigar
H 02 AB 01 Betamethasonacetat (gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata)	Celestan alle generischen Betamethasonacetat-Fertigarzneimittel
H 02 AB 08 Triamcinolon (Triamcinolonacetonid, Triamcinolonhexacetonid) (gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata)	Volon Leder- lon alle generischen Triamcinolon-Fertigarzneimittel

**Abschnitt 7**  
**Verbesserung des Aussehens**

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
M 03 AX 21 Clostridium botulinum Toxin Typ A	Azzalure Vistabel Bocouture Vial

→ nach oben

→ nach oben

## Anlage 6

### zu § 22 Abs. 2, Nummer 3 Buchstabe c) Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

#### Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind:

1. Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.
2. Acetylsalicylsäure (bis 300 mg / Dosiseneinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer bei koronarer Herzkrankheit (gesichert durch Symptomatik und ergänzende nichtinvasive oder invasive Diagnostik) und in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.
3. Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.
4. Acidose-therapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabelpouch und Implantation der Harnleiter in den Dünndarm.
5. Topische Anästhetika und/oder Antiseptika nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (zum Beispiel Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).
6. Antihistaminika  
nur in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,  
nur zur Behandlung schwerer rezidivierender Urticarien,  
nur bei schwerwiegendem anhaltendem Pruritus,  
nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis, mit schwerwiegender Symptomatik bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.
7. Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
8. Antiseptika und Gleitmittel nur für Personen mit Katheterisierung.
9. Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödemen (Mannitol, Sorbitol).
10. Calciumverbindungen (mindestens 300 mg Calcium-Ion/Dosiseneinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) sowie Vitamin D als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung  
nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,  
nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmo-natigen Steroidtherapie in einer Dosiseneinheit von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,  
bei Bisphosphonat-Behandlung nach der Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.

**→ nach oben**

11. Calciumverbindungen als Monopräparate  
bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,  
bei Bisphosphonat-Behandlung nach der Angabe in der jeweiligen Fachinformation, bei zwingender Notwendigkeit.
12. Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.
13. Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
14. Dinatriumcromoglycat-(DNCG-)haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose.
15. E.-coli-Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.
16. Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.
17. Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziiertes Diarrhö.
18. Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.
19. Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tages-dosiseinheit) nur zur Behandlung der Demenz.
20. Glukokortikoide, topisch nasal nur zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik
21. Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 Prozent nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten indiziert sind.
22. Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.
23. Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.
24. Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie.
25. Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.
26. Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.
27. Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen.
28. Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
29. Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
30. Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.
31. Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.
32. Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Personen.
33. Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prä-)Komas und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.

**→ nach oben**

34. Pankreasenzyme nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.
35. Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.
36. Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
37. Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mindestens 2 Prozent Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
38. Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
39. Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
40. Vitamin K als Monopräparat nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
41. Wasserlösliche Vitamine, auch in Kombinationen, nur bei der Dialyse.
42. Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).
43. Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Hämodialysebehandlung bedingtem nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.
44. Arzneimittel zur sofortigen Anwendung  
Antidote bei akuten Vergiftungen,  
Lokalanästhetika zur Injektion,  
apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.

Bei den in Satz 1 genannten schwerwiegenden Erkrankungen sind Aufwendungen für anthroposophische und homöopathische Arzneimittel dann beihilfefähig, wenn die Anwendung als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist.

**→ nach oben**

→ nach oben

**Anlage 8**  
**(zu § 22 Abs. 4)**

**Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder beschränkt beihilfefähige Arzneimittel**

Folgende Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen sind nur unter den genannten Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Alkoholentwöhnungsmittel sind nur beihilfefähig zur Unterstützung der
  - a) Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholkranken Patientinnen und Patienten im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts mit begleitenden psychosozialen und sozialtherapeutischen Maßnahmen,
  - b) Reduktion des Alkoholkonsums bei alkoholkranken Patientinnen oder Patienten, die zu einer Abstinenztherapie hingeführt werden, für die aber entsprechende Therapiemöglichkeiten nicht zeitnah zur Verfügung stehen, für die Dauer von höchstens drei Monaten, in Ausnahmefällen für die Dauer von weiteren drei Monaten.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Erforderlichkeit der Alkoholentwöhnungsmittel in der ärztlichen Verordnung besonders begründet worden ist.
2. Antidiabetika, orale, sind nur beihilfefähig nach einer Therapie mit nichtmedikamentösen Maßnahmen, die erfolglos war; die Anwendung anderer therapeutischer Maßnahmen ist zu dokumentieren.
3. Antidysmenorrhöika sind nur beihilfefähig als
  - a) Prostaglandinsynthetasehemmer bei Regelschmerzen,
  - b) systemische hormonelle Behandlung von Regelanomalien.
4. Clopidogrel als Monotherapie zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Personen mit Herzinfarkt, mit ischämischem Schlaganfall oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit ist nur beihilfefähig für Personen mit
  - a) Amputation oder Gefäßintervention, bedingt durch periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), oder
  - b) diagnostisch eindeutig gesicherter typischer Claudicatio intermittens mit Schmerzurückbildung in weniger als 10 Minuten bei Ruhe oder
  - c) Acetylsalicylsäure-Unverträglichkeit, soweit wirtschaftlichere Alternativen nicht eingesetzt werden können.
5. Clopidogrel in Kombination mit Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse ist nur beihilfefähig bei Patienten mit
  - a) akutem Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung während eines Behandlungszeitraums von bis zu zwölf Monaten,
  - b) Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung, für die eine Thrombolyse infrage kommt, während eines Behandlungszeitraums von bis zu 28 Tagen,
  - c) akutem Koronarsyndrom mit ST-Strecken-Hebungs-Infarkt, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert worden ist.

6. Glinide zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2; hierzu zählen:

- a) Nateglinid
- b) Repaglinid.

Repaglinid ist nur beihilfefähig bei Behandlung niereninsuffizienter Personen mit einer Kreatinin-Clearance von weniger als 25 ml/min, sofern keine anderen oralen Antidiabetika in Frage kommen und eine Insulintherapie nicht angezeigt ist.

7. Insulinanaloga, schnell wirkend zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2; hierzu zählen:

- a) Insulin Aspart,
- b) Insulin Glulisin,
- c) Insulin Lispro.

Diese Wirkstoffe sind nur beihilfefähig, solange sie im Vergleich zu schnell wirkendem Humaninsulin nicht mit Mehrkosten verbunden sind. Dies gilt nicht für Personen,

- a) die gegen den Wirkstoff Humaninsulin allergisch sind,
- b) bei denen trotz Intensivierung der Therapie eine stabile adäquate Stoffwechsellage mit Humaninsulin nicht erreichbar ist, dies aber mit schnell wirkenden Insulinanaloga nachweislich gelingt, oder
- c) bei denen auf Grund unverhältnismäßig hoher Humaninsulindosen eine Therapie mit schnell wirkenden Insulinanaloga im Einzelfall wirtschaftlicher ist.

8. Insulinanaloga, lang wirkend zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2; hierzu zählen:

- a) Insulin glargin,
- b) Insulin detemir.

Diese Wirkstoffe sind nur beihilfefähig, solange sie im Vergleich zu intermediär wirkendem Humaninsulin nicht mit Mehrkosten verbunden sind; die notwendige Dosiseinheit zur Erreichung des therapeutischen Ziels ist zu berücksichtigen. Satz 2 gilt nicht für

- a) eine Behandlung mit Insulin glargin für Personen, bei denen im Rahmen einer intensivierten Insulintherapie auch nach individueller Überprüfung des Therapieziels und individueller Anpassung des Ausmaßes der Blutzuckersenkung in Ausnahmefällen ein hohes Risiko für schwere Hypoglykämien bestehen bleibt, oder
- b) Personen, die gegen intermediär wirkende Humaninsuline allergisch sind.

9. Prostatamittel sind nur beihilfefähig

- a) einmalig für eine Dauer von 24 Wochen als Therapieversuch sowie
- b) längerfristig, sofern der Therapieversuch nach Buchstabe a erfolgreich verlaufen ist.

10. Saftzubereitungen sind für Erwachsene nur beihilfefähig in Ausnahmefällen; die Gründe müssen dabei in der Person liegen.

→ **nach oben**

## Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel

### Abschnitt 1

#### Leistungsverzeichnis

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 30.04.2023	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro <b>ab 01.05.2023<sup>1</sup></b>
<b>Bereich Inhalation</b>			
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Einzelinhalation b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	10,10  4,80  7,50	<b>11,20</b>  4,80  7,50
2	Radon-Inhalation a) im Stollen b) mittels Hauben	14,90  18,20	14,90  18,20
<b>Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>			
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50	16,50
3.1	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	55,00	<b>61,10</b>
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	25,70	<b>26,80</b>

<sup>1</sup> Neue Höchstbeträge und Leistungen sind fett markiert. Im Rahmen der nächsten Änderung der BBhV findet eine rechtsförmliche Revision statt.

5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,30	<b>42,50</b>
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	47,80	<b>53,10</b>
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer Richtwert: 25 Minuten	10,80	<b>12,00</b>
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: <b>30</b> Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30	<b>15,00</b>
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	72,30	<b>80,30</b>
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,70	<b>21,80</b>
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: <b>25</b> Minuten	29,70	<b>32,20</b>
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	19,00	19,00
13	Bewegungsübungen		
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	11,20	<b>12,40</b>
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,90	<b>7,70</b>

14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,60	<b>21,80</b>
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10	108,10
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,	46,20	<b>50,40</b>
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80	8,80
<b>Bereich Massagen</b>			
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile		
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periostr-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20	<b>19,60</b>
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	21,20	<b>23,50</b>
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)		
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	29,30	<b>32,50</b>
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	43,90	<b>48,70</b>
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,50	<b>65,00</b>
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	18,70	<b>20,70</b>

20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50	30,50
<b>Bereich Palliativversorgung</b>			
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00	66,00
<b>Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>			
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60	13,60
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid		
	aa) Teilpackung	36,20	36,20
	bb) Großpackung	47,80	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)		
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20	10,20
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30	20,30
26	Heublumensack, Peloidkomresse	12,10	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10	6,10
28	Trockenpackung	4,10	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10	6,10

	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40	5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauße) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) Teilbad	12,10	12,10
	b) Vollbad	17,60	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) Teilbad	43,30	43,30
	b) Vollbad	52,70	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) Teilbad	37,90	37,90
	b) Vollbad	43,30	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30	43,30
36	Medizinische Bäder mit Zusatz		
	a) Hand- oder Fußbad	8,80	8,80
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10	4,10
37	Gashaltige Bäder		
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70	25,70
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70	29,70

	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70	27,70
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbädern 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.		
<b>Bereich Kälte- und Wärmebehandlung</b>			
39	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	12,90	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie	12,00	<b>13,30</b>
<b>Bereich Elektrotherapie</b>			
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60	<b>16,90</b>
44	Iontophorese	8,20	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00	29,00
<b>Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b>			
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. Richtwert 60 Minuten	108,00	<b>111,20</b>

47.1	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, je Kalenderhalbjahr 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	51,70	<b>55,60</b>
47.2	Bericht an die verordnende Person	5,80	<b>6,20</b>
47.3	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	103,40	<b>111,20</b>
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen,		
	a) Richtwert: 30 Minuten	46,00	<b>49,40</b>
	b) Richtwert: 45 Minuten	63,20	<b>68,00</b>
	c) Richtwert: 60 Minuten	80,50	<b>86,50</b>
	d) Richtwert: 90 Minuten <sup>2</sup> Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	103,40	103,40
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer,		
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	56,90	<b>61,20</b>
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	103,40	<b>111,20</b>
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	56,10	56,10

<sup>2</sup> Die Nummer 48d) ist in der aktuellen Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V nicht mehr enthalten und wird daher in dieser Form voraussichtlich nicht mehr abgerechnet.

<b>Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)</b>			
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80	41,80
51	Einzelbehandlung		
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80	<b>45,20</b>
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	55,60	<b>60,90</b>
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 <sup>3</sup> Minuten	72,30	<b>76,20</b>
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten <sup>1</sup>	128,20	128,20
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall		
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit		
	aaa) bei motorisch funktionellen Störungen	40,70	40,70
	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40	54,40
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70	67,70
	f) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall		
	aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	123,90	<b>135,60</b>
	bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 120 Minuten	166,80	<b>182,60</b>
	cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	139,20	<b>152,32</b>

<sup>3</sup> Die Nummern 51d) und e) sind in der aktuellen Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V nicht mehr enthalten und werden daher in dieser Form voraussichtlich nicht mehr abgerechnet. Nummer 51f) ersetzt 51e).

51.1	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen);		
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 30 Minuten	32,80	<b>35,90</b>
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	44,50	<b>48,70</b>
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	55,10	<b>60,30</b>
52	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen);		
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00	<b>16,50</b>
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60	<b>21,40</b>
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90	<b>39,30</b>
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer <sup>4</sup>	70,20	70,20
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20	<b>50,10</b>
53.1	Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld einmal pro Behandlungsfall, Richtwert 120 Minuten	139,20	<b>152,40</b>
53.2	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert 30 Minuten	36,00	<b>39,40</b>
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	20,60	<b>21,40</b>
<b>Bereich Podologie<sup>5</sup></b>			
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70	26,70
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90	18,90

<sup>4</sup> Rechtsstand BBhV; wird voraussichtlich nicht mehr abgerechnet.

<sup>5</sup> Die Nummern 55 bis 65 sind in der aktuellen Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V nicht mehr enthalten und werden daher in dieser Form voraussichtlich nicht mehr abgerechnet. Diese Posten sind mit den neuen Nummern 55.1, 60.1, 60.2, sowie 61.1 bis 61.8 abgedeckt.

57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10	25,10
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90	18,90
58.1	Podologische Behandlung (klein), Richtwert 35 Minuten	30,70	30,70
59	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	41,60	41,60
60	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	26,70	26,70
60.1	Podologische Behandlung (groß), Richtwert 50 Minuten	44,00	44,00
60.2	Podologische Befundung, je Behandlung	3,00	3,00
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Foss-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60	194,60
<b>61.1</b>	<b>Erstbefundung</b>	-	<b>48,80</b>
<b>61.2</b>	<b>Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser</b>	-	<b>86,60</b>
<b>61.3</b>	<b>Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser</b>	-	<b>47,40</b>
<b>61.4</b>	<b>Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser</b>	-	<b>43,40</b>
<b>61.5</b>	<b>Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange</b>	-	<b>86,90</b>
<b>61.6</b>	<b>Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange</b>	-	<b>47,70</b>
<b>61.7</b>	<b>Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit</b>	-	<b>15,20</b>
<b>61.8</b>	<b>Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange</b>	-	<b>22,80</b>
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40	37,40

63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxspange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell, einschließlich Applikation	64,80	64,80
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80	74,80
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40	37,40
<b>Bereich Ernährungstherapie</b>			
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung <sup>6</sup> , Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	67,90	<b>68,00</b>
66.1	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung - jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr - beihilfefähig, Richtwert 60 Minuten	55,50	55,50
66.2	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr - beihilfefähig	55,50	55,50
66.3	<b>Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall</b>	-	<b>34,00</b>
67	Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr,	34,00	34,00
67.1	<b>Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr</b>	-	<b>68,00</b>
68	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	23,80	23,80
<b>Bereich Sonstiges</b>			
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10	12,10

<sup>6</sup> Die Begrifflichkeit entspricht der ernährungstherapeutischen Anamnese der GKV und wird im Rahmen der 10. ÄndV angepasst.

69.1	<b>Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal</b>	-	<b>22,40</b>
69.2	<b>Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal</b>	-	<b>14,61</b>
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		
71	Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69, <b>69.1</b> und 70 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.		
72	<b>Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person</b>	-	<b>1,30</b>

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.

## Abschnitt 2

### Erweiterte ambulante Physiotherapie

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:

- a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
    - aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ), bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik, cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
    - dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
    - ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50° Grad nach Cobb,
  
  - b) Operationen am Skelettsystem bei
    - aa) posttraumatischen Osteosynthesen,
    - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
  
  - c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulären Defiziten bei
    - aa) Schulterprothesen, bb) Knieendoprothesen, cc) Hüftendoprothesen,
  - d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
    - aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband), bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
      - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
      - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
      - ccc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
      - ddd) Impingement-Syndrom,
      - eee) Schultergelenkluxation,
      - fff) tendinosis calcarea,
      - ggg) periathritis humeroscapularis,
    - cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
  
  - e) Amputationen.
- Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist zudem eine Verordnung von
- a) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
  - b) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
  
  - c) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
  - d) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.

2. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

3. Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
  
- b) Physikalische Therapie,
- c) MAT.

4. Werden Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 15 abgegolten.

5. Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

### **Abschnitt 3 Medizinisches Aufbautraining**

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes MAT nach Abschnitt 1 Nummer 16 mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn

a) das Training verordnet wird von

- aa) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
- bb) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
- cc) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder dd) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,

b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und

c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.

2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.

3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:

a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog. Aufwendungen für eine Kontrolluntersuchung (Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) nach Abschluss der Behandlungsserie sind beihilfefähig.

b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv- dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen (Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog), zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings (Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) und begleitender krankengymnastischer Übungen (Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte). Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 506, Nummer 558 analog sowie Nummer 846 analog der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.

4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 16.

5. Aufwendungen für Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach Nummer 1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

### **Abschnitt 4 Palliativversorgung**

1. Aufwendungen für Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 40 Absatz 1 umfasst sind.

2. Aufwendungen für Palliativversorgung werden als beihilfefähig anerkannt bei
- a) passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,
  - b) aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,
  - c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,
  - d) spastischen Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),
  - e) schlaffen Lähmungen,
  - f) abnormen Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
  - g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,
  - h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz- Kreislaufkrankungen, Lungen- /Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),
  - i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.
3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 umfassen folgende Leistungen:

- a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten
- b) Wahrnehmungsschulung,
- c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),
- d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),
- e) angepasstes, gerätegestütztes Training,
- f) Anwendung entstauer Techniken,
- g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,
- h) ergänzende Beratung,
- i) Begleitung in der letzten Lebensphase,
- j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,
- k) Hilfsmittelversorgung,
- l) interdisziplinäre Absprachen.

2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.
3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:
  - c) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog. Aufwendungen für eine Kontrolluntersuchung (Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) nach Abschluss der Behandlungsserie sind beihilfefähig.
  - d) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv- dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen (Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog), zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings (Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) und begleitender krankengymnastischer Übungen (Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte). Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 506, Nummer 558 analog sowie Nummer 846 analog der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.
4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 16.
5. Aufwendungen für Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach Nummer 1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

**→ nach oben**

#### **Abschnitt 4**

#### **Palliativversorgung**

1. Aufwendungen für Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 40 Absatz 1 umfasst sind.
2. Aufwendungen für Palliativversorgung werden als beihilfefähig anerkannt bei
  - a) passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,
  - b) aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,
  - c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,
  - d) spastischen Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),
  - e) schlaffen Lähmungen,
  - f) abnormen Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
  - g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,

**→ nach oben**

- h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),
- i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 umfassen folgende Leistungen:

- a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,
- b) Wahrnehmungsschulung,
- c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),
- d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),
- e) angepasstes, gerätegestütztes Training,
- f) Anwendung entstauender Techniken,
- g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,
- h) ergänzende Beratung,
- i) Begleitung in der letzten Lebensphase,
- j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,
- k) Hilfsmittelversorgung,
- l) interdisziplinäre Absprachen.

**→ nach oben**

→ nach oben

Anlage 10

(zu § 23 Abs. 1 und 24 Abs. 1)

### **Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel**

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass das Heilmittel in einem der folgenden Bereiche und von einer der folgenden Personen angewandt wird und dass die Anwendung dem Berufsbild der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers entspricht:

4. Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
  - a) Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
  - b) Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister,
  - c) Krankengymnastin oder Krankengymnast,
  
5. Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
  - i) Logopädin oder Logopäde,
  - j) Sprachtherapeutin oder Sprachtherapeut,
  - k) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin der Schule Schlaffhorst-Andersen oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
  - l) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
  - m) klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
  - n) klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler,
  - o) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch
    - aa) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
    - bb) Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
    - cc) Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
    - dd) Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
  - p) Diplompatholinguistin oder Diplompatholinguist,
  
6. Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
  - b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
  
4. Bereich Podologie

- c. Podologin oder Podologe,
- d. medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,

5. Bereich Ernährungstherapie

- d. Diätassistentin oder Diätassistent,
- e. Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
- f. Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

**→ nach oben**

→ nach oben

**Anlage 11**

(zu § 25 Abs. 1 und 4)

**Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke**

**Abschnitt 1**

**Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke**

Die Aufwendungen für die Anschaffung der nachstehend aufgeführten Hilfsmittel, Geräte und Körperersatzstücke sind – gegebenenfalls im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet werden:

- 1.1 Abduktionslagerungskeil
- 1.2 Absauggerät (zum Beispiel bei Kehlkopferkrankung)
- 1.3 Adaptionshilfen
- 1.4 Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (zum Beispiel Universalhalter für Schwerstbehinderte zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme)
- 1.5 Alarmgerät für Epileptikerinnen oder Epileptiker
- 1.6 Anatomische Brillenfassung
- 1.7 Anus-*praeter*-Versorgungsartikel
- 1.8 Anzieh- oder Ausziehhilfen
- 1.9 Aquamat
- 1.10 Armmanschette
- 1.11 Armtragegurt oder -tuch
- 1.12 Arthrodesensitzkissen oder -sitzkoffer
- 1.13 Atemtherapiegeräte
- 1.14 Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprüfung)
- 1.15 Auffahrrampen für einen Krankenfahrstuhl
- 1.16 Aufrichteschlaufe
- 1.17 Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig)
- 1.18 Aufstehgestelle
- 1.19 Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung)
- 1.20 Augenbadewanne, -dusche, -spülglas, -flasche, -pinsel, -pipette oder -stäbchen
- 1.21 Augenschielklappe, auch als Folie
- 2.1 Badestrumpf
- 2.2 Badewannensitz (bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr oder Polyarthritits)

→ nach oben

- 2.3 Badewannenverkürzer
- 2.4 Ballspritze
- 2.5 Behinderten-Dreirad
- 2.6 Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
- 2.7 Bettnässer-Weckgerät
- 2.8 Beugebandage
- 2.9 Billroth-Batist-Lätzchen
- 2.10 Blasenfistelbandage
- 2.11 Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Leine, Halsband, Maulkorb)
- 2.12 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschalleitgerät)
- 2.13 Blindenstock, -langstock oder -taststock
- 2.14 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)
- 2.15 Blutlanzette
- 2.16 Blutzuckermessgerät
- 2.17 Bracelet
- 2.18 Bruchband
- 3.1 Clavicula-Bandage
- 3.2 Cochlea-Implantate einschließlich Zubehör
- 3.3 Communicator (bei dysarthrischen Sprechstörungen)
- 3.4 Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhardware und Spezialsoftware bis zu 3 500 Euro, gegebenenfalls zuzüglich bis zu 5 400 Euro für eine Braillezeile mit 40 Modulen
- 4.1 Defibrilatorweste
- 4.2 Dekubitus-Schutzmittel (zum Beispiel Auf- oder Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf- oder Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)
- 4.3 Delta-Gehrad
- 4.4 Drehscheibe, Umsetzhilfen
- 4.5 Duschsitz oder -stuhl
- 5.1 Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse
- 5.2 Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
- 5.3 Ekzemmanschette
- 5.4 Elektroscooter bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung
- 5.5 Elektrostimulationsgerät
- 5.6 Epicondylitisbandage oder -spange mit Pelotten
- 5.7 Epitrainbandage
- 5.8 Ernährungssonde

- 6.1 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
- 6.2 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
- 6.3 Fingerling
- 6.4 Fingerschiene
- 6.5 Fixationshilfen
- 6.6 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)
- 7.1 Gehgipsgalosse
- 7.2 Gehhilfen und -übungsgeräte
- 7.3 Gehörschutz
- 7.4 Genutrain-Aktiv-Kniebandage
- 7.5 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose oder verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
- 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
- 7.7 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese)
- 7.8 Gilchrist-Bandage
- 7.9 Gipsbett, Liegeschale
- 7.10 Glasstäbchen
- 7.11 Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz
- 7.12 Gummistrümpfe
- 8.1 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
- 8.2 Handgelenkriemen
- 8.3 Hebekissen
- 8.4 Heimdialysegerät
- 8.5 Helfende Hand, Scherenzange
- 8.6 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät oder -monitor
- 8.7 Hochtontherapiegerät
- 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
- 9.1 Impulsvibrator

- 9.2 Infusionsbesteck oder -gerät und Zubehör
- 9.3 Inhalationsgerät, einschließlich Sauerstoff und Zubehör, jedoch keine Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
- 9.4 Innenschuh, orthopädischer
- 9.5 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
- 9.6 Irisschale mit geschwärtzter Pupille bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut eines blinden Auges
- 10.1 (frei)
- 11.1 Kanülen und Zubehör
- 11.2 Katapultsitz
- 11.3 Katheter, auch Ballonkatheter, und Zubehör
- 11.4 Kieferspreizgerät
- 11.5 Klosett-Matratze für den häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz
- 11.6 Klumpfußschiene
- 11.7 Klumphandschiene
- 11.8 Klyso
- 11.9 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
- 11.10 Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
- 11.11 Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation
- 11.12 Knöchel- und Gelenkstützen
- 11.13 Körperersatzstücke einschließlich Zubehör, abzüglich eines Eigenanteils von 15 Euro für Brustprothesenhalter und 40 Euro für Badeanzüge, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen
- 11.14 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
- 11.15 Koordinator nach Schielbehandlung
- 11.16 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
- 11.17 Kopfschützer
- 11.18 Korrektursicherungsschuh
- 11.19 Krabblerrahmen für Spastikerinnen und Spastiker
- 11.20 Krampfaderbinde
- 11.21 Krankenfahrstuhl und Zubehör
- 11.22 Krankenpflegebett
- 11.23 Krankenstock
- 11.24 Kreuzstützbandage
- 11.25 Krücke
- 12.1 Latextrichter bei Querschnittlähmung
- 12.2 Leibbinde, jedoch keine Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden

- 12.3 Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
- 12.4 Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- 12.5 Lifter (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber oder Badewannenlifter)
- 12.6 Lispelsonde
- 12.7 Lumbalbandage
- 13.1 Malleotrain-Bandage
- 13.2 Mangoldsche Schnürbandage
- 13.3 Manutrain-Bandage
- 13.4 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro:
  - 13.4.1 Straßenschuhe (Erstausstattung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.2 Hausschuhe (Erstausstattung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.3 Sportschuhe (Erstausstattung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.4 Badeschuhe (Erstausstattung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach vier Jahren),
  - 13.4.5 Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigenanteil von 64 Euro)
- 13.5 Milchpumpe
- 13.6 Mundsperrer
- 13.7 Mundstab/-greifstab
- 14.1 Narbenschützer
- 14.2 Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (zwei pro Jahr und bis zu 80 Euro je Overall)
- 15.1 Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts und Ähnliches, auch Hal-temanschetten und Ähnliches
- 15.2 Orthesenschuhe, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro (Orthonyxie-Nagelkorrekturspange einschließlich der Anpassungen aufgehoben 8.ÄVO)
- 15.3 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (höchstens sechs Paar Schuhe pro Jahr)
- 16.1 Pavlik-Bandage
- 16.2 Peak-Flow-Meter
- 16.3 Penisklemme
- 16.4 Peronaeuschiene, Heidelberger Winkel
- 16.5 Phonator
- 16.6 Polarimeter
- 16.7 Psoriasisiskamm
- 17.1 Quengelschiene
- 18.1 Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

- 18.2 Reflektometer
- 18.3 Rektophor
- 18.4 Rollator
- 18.5 Rollbrett
- 18.6 Rutschbrett
- 19.1 Schede-Rad
- 19.2 Schrägliegebrett
- 19.3 Schutzbrille für Blinde
- 19.4 Schutzhelm für Behinderte
- 19.5 Schwellstromapparat
- 19.6 Segofix-Bandagensystem
- 19.7 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
- 19.8 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
- 19.9 Skolioseumkrümmungsbandage
- 19.10 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
- 19.11 Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro
- 19.12 Sphinkter-Stimulator
- 19.13 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
- 19.14 Spreizfußbandage
- 19.15 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
- 19.16 Spritzen
- 19.17 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehnenbeschädigungen oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)
- 19.18 Stehübungsgerät
- 19.19 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
- 19.20 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter
- 19.21 Stubbies
- 19.22 Stumpfschutzhülle
- 19.23 Stumpfstrumpf
- 19.24 Suspensorium
- 19.25 Symphysengürtel
- 20.1 Talocrur (Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar)
- 20.2 Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)
- 20.3 Therapiestuhl
- 20.4 Tinnitusgerät
- 20.5 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten oder Personen mit Hüfttotalendoprothesen

- 20.6 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
- 20.7 Tragegurtsitz
- 21.1 Übertragungsanlagen - zur Befriedung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zusätzlich zu einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat oder wenn bei peripherer Normalhörigkeit auf Grund einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung eine pathologische Einschränkung des Sprachverstehens im Störschall besteht.
- 21.2 Übungsschiene
- 21.3 Urinale
- 21.4 Urostomiebeutel
- 22.1 Verbandsschuhe (Einzelschuhversorgung)
- 22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit
- 23.1 Wasserfeste Gehhilfe
- 23.2 Wechseldruckgerät
- 24.1 (frei)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zyklomat-Hormon-Pumpe.

→ nach oben

## **Abschnitt 2** **Perücken**

Aufwendungen für ärztlich verordnete Voll- oder Teilperücken einschließlich Befestigungselementen wie Klebestreifen und Spangen sowie Materialien zur Befestigung sind bis zu einem Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn, vorübergehend oder langfristig, großflächiger und massiver Haarverlust wegen einer Krankheit oder im Zusammenhang mit einer Krankheit vorliegt, insbesondere bei:

1. Chemotherapie,
2. Strahlenbehandlung,
3. vorübergehender oder dauerhafter Medikamentengabe,
4. Operationen,
5. Infekten oder entzündlichen Erkrankungen,
6. Stoffwechselerkrankungen,
7. psychischen Erkrankungen mit oder durch Haarverlust,
8. sonstigen Erkrankungen mit Haarverlust,
9. Deformation des Kopfes mit entstellender Wirkung,
10. Unfallfolgen.

→ nach oben

Aufwendungen für eine zweite Voll- oder Teilperücke zum Wechseln sind nur beihilfefähig, wenn eine Voll- oder Teilperücke länger als ein Jahr getragen werden muss. Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke sind beihilfefähig, wenn

1. seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Kunststoff ein Jahr vergangen ist,
2. seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Echthaar zwei Jahre vergangen sind oder
3. sich bei Kindern vor Ablauf der vorgenannten Zeiträume die Kopfform geändert hat.

Bei der Erstverordnung sind auch die Aufwendungen für einen Perückenkopf beihilfefähig.

### **Abschnitt 3** **Blindenhilfsmittel und Mobilitätstraining**

1. Aufwendungen für zwei Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung sind beihilfefähig.
2. Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung im Gebrauch dieser Hilfsmittel (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
  - a) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
    - aa) Unterrichtsstunde á 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Unterrichtsstunden 63,50 Euro,
    - bb) Fahrtzeit der Trainerin oder des Trainers je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird 50,48 Euro,
    - cc) Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer 0,30 Euro oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
    - 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.

Das Mobilitätstraining wird grundsätzlich als Einzeltraining ambulant oder stationär in einer Spezial-einrichtung durchgeführt. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen der Trainerin oder des Trainers nur anteilig berücksichtigt werden,

- a. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (zum Beispiel bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) werden entsprechend Buchstabe a anerkannt,
- b. Aufwendungen für ein ergänzendes Training an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden anerkannt werden, gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers in entsprechendem Umfang. Die Anerkennung weiterer Stunden ist möglich, wenn die Trainerin oder der Trainer oder eine Ärztin oder ein Arzt die Notwendigkeit bescheinigt.

3. Die entstandenen Aufwendungen für das Mobilitätstraining sind durch die Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch die Mobilitätstrainerin oder den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls sie oder er zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Bei Umsatzsteuerpflicht (ein Nachweis des Finanzamtes ist vorzulegen) erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.
4. Aufwendungen für ärztlich verordnete elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgabe für Blinde sind beihilfefähig.

**→ nach oben**

## **Abschnitt 4**

### **Sehhilfen**

#### **Unterabschnitt 1**

#### **Allgemeine Bestimmungen der Beihilfefähigkeit von Sehhilfen**

1. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist, dass diese von einer Augenärztin oder einem Augenarzt verordnet worden ist. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig.
2. Aufwendungen für erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind beihilfefähig, wenn bei gleichbleibendem Visus seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei, bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
  - a) sich die Refraktion geändert hat,
  - b) die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist,
  - c) sich die Kopfform geändert hat.
3. Als Sehhilfen zur Verbesserung des Visus sind beihilfefähig:
  - a) Brillengläser,
  - b) Kontaktlinsen,
  - c) vergrößernde Sehhilfen.
4. Bei Personen, die der Vollzeitschulpflicht unterliegen, sind Aufwendungen für eine Brille beihilfefähig, wenn sie für die Teilnahme am Schulsport erforderlich ist. Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach dem Unterabschnitt 2 Nummer 1 und 2; für die Brillenfassung sind Aufwendungen bis zu 52 Euro beihilfefähig.

→ nach oben

**Unterabschnitt 2**  
**Brillengläser zur Verbesserung des Visus**

1. Aufwendungen für Brillengläser sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

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

aa) Einstärkengläser:

aaa) für ein sphärisches Glas 31,00 Euro,

bbb) für ein zylindrisches Glas 41,00 Euro,

bb) Mehrstärkengläser:

aaa) für ein sphärisches Glas 72,00 Euro,

bbb) für ein zylindrisches Glas 92,50 Euro,

für vergütete Gläser mit Gläserstärken über +/-6 dpt

zuzüglich je Glas 21,00 Euro,

für Dreistufen- oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas 21,00 Euro,

für Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas 21,00 Euro.

2. Zusätzlich zu den Aufwendungen nach Nummer 1 sind Mehraufwendungen für Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläser bei den jeweils genannten Indikationen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

a) für Kunststoffgläser und hochbrechende mineralische Gläser (Leichtgläser) zuzüglich

je Glas 21,00 Euro,

aa) für Gläserstärken ab +6/-8 dpt,

bb) für Anisometropien ab 2 dpt,

cc) unabhängig von der Gläserstärke

aaa) für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

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

ccc) für Brillen, die im Rahmen der Vollzeitschulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind,

**→ nach oben**

b) für Lichtschutzgläser oder fototrope Gläser

zuzüglich je Glas

11,00 Euro,

bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (zum Beispiel Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),

bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen,

bei Fortfall der Pupillenverengung (zum Beispiel absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),

bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (zum Beispiel Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),

bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (zum Beispiel Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,

bei Ciliarneuralgie,

bei Blendung auf Grund entzündlicher oder degenerativer Erkrankungen der Netzhaut, der Aderhaut oder der Sehnerven,

bei totaler Farbenblindheit,

bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,

bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (zum Beispiel Hirnverletzungen, Hirntumoren),

bei Gläserstärken ab +10 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille.

**→ nach oben**

3. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:

a) hochbrechende Lentikulargläser,

b) entspiegelte Gläser,

c) polarisierende Gläser,

d) Gläser mit härtender Oberflächenbeschichtung,

e) Gläser und Zurichtungen an der Brille zur Verhinderung von Unfallschäden am Arbeitsplatz oder für den Freizeitbereich,

f) Bildschirmbrillen,

g) Brillenversicherungen,

- h) Gläser für eine sogenannte Zweitbrille, deren Korrektionsstärken bereits den vorhandenen Gläsern entsprechen (Mehrfachverordnung),
- i) Gläser für eine sogenannte Reservebrille, die zum Beispiel aus Gründen der Verkehrssicherheit benötigt werden,
- j) Gläser für Sportbrillen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5,
- k) Brillenetuis,
- l) Brillenfassungen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5.

### **Unterabschnitt 3**

#### **Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus**

1. Aufwendungen für Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus sind beihilfefähig bei:
  - a) Myopie ab 8 dpt,
  - b) Hyperopie ab 8 dpt,
  - c) irregulärem Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 Prozent verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
  - d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
  - e) Astigmatismus obliquus (Achslage  $45^\circ$   $\pm 30^\circ$  oder  $135^\circ$   $\pm 30^\circ$ ) ab 2 dpt,
  - f) Keratokonus,
  - g) Aphakie,
  - h) Aniseikonie von mehr als 7 Prozent (die Aniseikoniemessung ist nach einer allgemein anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode durchzuführen und zu dokumentieren),
  - i) Anisometropie ab 2 dpt.
  
2. Aufwendungen für Kurzzeitlinsen sind je Kalenderjahr nur beihilfefähig
  - a) für sphärische Kontaktlinsen bis zu 154 Euro,
  - b) für torische Kontaktlinsen bis zu 230 Euro.
  
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.

**→ nach oben**

4. Nicht beihilfefähig sind:

- a) Kontaktlinsen als postoperative Versorgung (auch als Verbandlinse oder Verbandschale) nach nicht beihilfefähigen Eingriffen,
- b) Kontaktlinsen in farbigen Ausführungen zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris,
- c) One-Day-Linsen,
- d) multifokale Mehrstärkenkontaktlinsen,
- e) Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern,
- f) Reinigungs- und Pflegemittel für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

#### **Unterabschnitt 4**

##### **Vergrößernde Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe**

1. Aufwendungen für folgende ärztlich verordnete vergrößernde Sehhilfen sind beihilfefähig:

- a) optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf vorrangig als Hellfeldlupe, Hand- und Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser); in Ausnahmefällen als Fernrohrlupenbrillensystem (zum Beispiel nach Galilei, Kepler) einschließlich der Systemträger,
- b) elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe als mobile oder nicht mobile Systeme bei einem mindestens 6-fachen Vergrößerungsbedarf,
- c) optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne als fokussierende Handfernrohre oder Monokulare.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Sehhilfe von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist, die oder der die Notwendigkeit und die Art der benötigten Sehhilfen selbst oder in Zusammenarbeit mit einer entsprechend ausgestatteten Augenoptikerin oder einem entsprechend ausgestatteten Augenoptiker bestimmt hat.

2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:

- a) Fernrohrlupenbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei oder Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,
- b) separate Lichtquellen (zum Beispiel zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung der Lektüre),
- c) Fresnellinsen.

→ **nach oben**

#### **Unterabschnitt 5**

##### **Therapeutische Sehhilfen**

1. Aufwendungen für folgende therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind beihilfefähig, wenn die Sehhilfe von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist:

- a) Glas mit Lichtschutz mit einer Transmission bis 75 Prozent bei
  - aa) Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (zum Beispiel Iriskolobom, 1 Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),

bb) Albinismus.

Ist beim Lichtschutzglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich erforderlich, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Gläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Zusätzlich sind die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig, wenn der Seitenschutz erfolgreich getestet wurde.

b) Glas mit Ultraviolett-(UV-)Kantenfilter (400 Nanometer Wellenlänge) bei

aa) Aphakie,

bb) Photochemotherapie zur Absorption des langwelligen UV-Lichts,

cc) UV-Schutz nach Pseudophakie, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,

dd) Iriskolobom,

ee) Albinismus.

Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich und bei Albinismus zudem eine Transmissionsminderung notwendig, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Gläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Zusätzlich sind die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig, wenn der Seitenschutz erfolgreich getestet wurde.

c) Glas mit Kantenfilter als Bandpassfilter mit einem Transmissionsmaximum bei einer Wellenlänge von 450 Nanometer bei Blauzapfenmonochromasie. Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich und gegebenenfalls auch eine Transmissionsminderung notwendig, sind die Aufwendungen für die entsprechenden Gläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

d) Glas mit Kantenfilter (Wellenlänge größer als 500 Nanometer) als Langpassfilter zur Vermeidung der Stäbchenbleichung und zur Kontrastanhebung bei

aa) angeborenem Fehlen von oder angeborenem Mangel an Zapfen in der Netzhaut (Achromatopsie, inkomplette Achromatopsie),

bb) dystrophischen Netzhauterkrankungen (zum Beispiel Zapfendystrophien, Zapfen-Stäbchen-Dystrophien, Stäbchen-Zapfen-Dystrophien, Retinopathia pigmentosa, Chorioidemie),

cc) Albinismus.

Das Ausmaß der Transmissionsminderung und die Lage der Kanten der Filter sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen. Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Gläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Zusätzlich sind die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig, wenn der Seitenschutz erfolgreich getestet wurde.

e) Horizontale Prismen in Gläsern ab 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ab 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) sowie vertikale Prismen und Folien ab 1 Prismendioptrie, bei

aa) krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen mit dem Ziel, Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern,

bb) Augenmuskelparesen, um Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.

**→ nach oben**

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Verordnung auf Grund einer umfassenden augenärztlichen orthoptisch-pleoptischen Diagnostik ausgestellt ist. Verordnungen, die auf Grund isolierter Ergebnisse einer subjektiven Heterophie-Testmethode ausgestellt sind, werden nicht anerkannt.

Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, zum Beispiel prä- oder postoperativ, sind nur die Aufwendungen für Prismenfolien ohne Trägerglas beihilfefähig. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sowie Höhenausgleichsprismen bei Mehrstärkengläsern sind nicht beihilfefähig.

Ist bei Brillengläsern mit therapeutischen Prismen zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, so sind die Aufwendungen der entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig.

- f) Okklusionsschalen oder -linsen bei dauerhaft therapeutisch nicht anders beeinflussbarer Doppelwahrnehmung;
- g) Kunststoff-Bifokalgläser mit besonders großem Nahteil zur Behebung des akkommodativen Schielens bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
  - h) Okklusionspflaster und -folien als Amblyopietherapeutika, nachrangig Okklusionskapseln;
- i) Uhrglasverbände oder konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (zum Beispiel infolge einer Gesichtslähmung) oder bei Zustand nach Keratoplastik, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden;
- j) Irislinsen mit durchsichtigem, optisch wirksamem Zentrum bei Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse oder Albinismus);
- k) Verbandlinsen oder -schalen bei oder nach
  - aa) Hornhauterosionen oder -epitheldefekten,
  - bb) Abrasio nach Operation,
  - cc) Verätzung oder Verbrennung,
  - dd) Hornhautverletzungen (perforierend oder lamellierend),
  - ee) Keratoplastik,
  - ff) Hornhautentzündungen und -ulzerationen (zum Beispiel Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis);
- l) Kontaktlinsen als Medikamententräger zur kontinuierlichen Medikamentenzufuhr;
- m) Kontaktlinsen
  - aa) bei ausgeprägtem, fortgeschrittenem Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen und Hornhautradius unter 7 Millimeter zentral oder im Apex,
  - bb) nach Hornhauttransplantation oder Keratoplastik;
- n) Kunststoffgläser als Schutzgläser bei
  - aa) erheblich sturzgefährdeten Personen, die an Epilepsie oder an Spastiken erkrankt sind,
  - bb) funktionell Einäugigen (bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges unter 0,2).

Ist zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Kontaktlinsen sind bei dieser Indikation nicht beihilfefähig.

2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
  - a) Kantenfilter bei
    - aa) altersbedingter Makuladegeneration,
    - bb) diabetischer Retinopathie,
    - cc) Opticusatrophie (außer im Zusammenhang mit einer dystrophischen Netzhauterkrankung),
    - dd) Fundus myopicus,
  - b) Verbandlinsen oder -schalen nach nicht beihilfefähigen Eingriffen,
  - c) Okklusionslinsen und -schalen als Amblyopietherapeutikum.

**→ nach oben**

→ nach oben

## Anlage 12

(zu § 25 Abs. 1, 2 und 4)

### **Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle**

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:

- 1.1 Adju-Set/-Sano
- 1.2 Angorawäsche
- 1.3 antiallergene Matratzen, Matratzenbezüge
- 1.4 Aqua-Therapie-Hose
- 1.5 Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl
- 1.6 Augenheizkissen
- 1.7 Autofahrerrückenstütze
- 1.8 Autokindersitz
- 1.9 Autokofferraumlifter
- 1.10 Autolifter
- 2.1 Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte
- 2.2 Bandagen (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
- 2.3 Basalthermometer
- 2.4 Bauchgurt
- 2.5 Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
- 2.6 Bett (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
- 2.7 Bettbrett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
- 2.8 Bett-Tisch
- 2.9 Bidet
- 2.10 Bildschirmbrille
- 2.11 Bill-Wanne
- 2.12 Blinden-Uhr
- 2.13 Blutdruckmessgerät
- 2.14 Brückentisch
- 3.1 (frei)
- 4.1 Dusche
- 5.1 Einkaufsnetz

**→ nach oben**

- 5.2 Einmal-Handschuhe, es sei denn, sie sind bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter oder bei Querschnittgelähmten zur Darmentleerung erforderlich
- 5.3 Eisbeutel und -kompressen
- 5.4 Elektrische Schreibmaschine
- 5.5 Elektrische Zahnbürste
- 5.6 Elektrofahrzeuge, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
- 5.7 Elektro-Luftfilter
- 5.8 Elektronik-Muscle-Control (EMC 1000)
- 5.9 Erektionshilfen
- 5.10 Ergometer
- 5.11 Ess- und Trinkhilfen
- 5.12 Expander
- 6.1 Fieberthermometer
- 6.2 Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (zum Beispiel Venentrainer)
- 7.1 Garage für Krankenfahrzeuge
- 8.1 Handschuhe, es sei denn, sie sind nach Nummer 11.21 der Anlage 11 erforderlich
- 8.2 Handtrainer
- 8.3 Hängeliege
- 8.4 Hantel (Federhantel)
- 8.5 Hausnotrufsystem
- 8.6 Hautschutzmittel
- 8.7 Heimtrainer
- 8.8 Heizdecke/-kissen
- 8.9 Hilfsgeräte für die Hausarbeit
- 8.10 Höhensonne
- 8.11 Hörkissen
- 8.12 Hörkragen Akusta-Coletta
- 9.1 Intraschallgerät (Schallwellengerät)
- 9.2 Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
- 9.3 Ionisierungsgeräte (zum Beispiel Ionisator, Pollimed 100)
- 9.4 Ionopront, Permox-Sauerstoffherzeuger
- 10.1 (frei)
- 11.1 Katzenfell
- 11.2 Klingelleuchten, die nicht von Nummer 12.4 der Anlage 11 erfasst sind

- 11.3 Knickfußstrumpf
- 11.4 Knoche Natur-Bruch-Slip
- 11.5 Kolorimeter
- 11.6 Kommunikationssystem
- 11.7 Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
- 11.8 Krankenunterlagen, es sei denn,
  - a) sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitis),
  - b) neben der Blasen- oder Darminkontinenz liegen so schwere Funktionsstörungen vor (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust), dass sonst der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis droht,
  - c) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht
- 11.9 Kreislaufgerät
- 12.1 Lagerungskissen/-stütze, ausgenommen Nummer 1.1 der Anlage 11
- 12.2 Language-Master
- 12.3 Luftreinigungsgeräte
- 13.1 Magnetfolie
- 13.2 Monophonator
- 13.3 Munddusche
- 14.1 Nackenheizkissen  
(Nagelspange wird aufgehoben 8.ÄV)
- 15.1 Öldispersionsapparat
- 16.1 Pulsfrequenzmesser
- 17.1 (frei)
- 18.1 Rotlichtlampe
- 18.2 Rückentrainer
- 19.1 Salbenpinsel
- 19.2 Schlaftherapiegerät
- 19.3 Schuhe, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
- 19.4 Spezialsitze
- 19.5 Spirometer
- 19.6 Spranzbruchband
- 19.7 Sprossenwand
- 19.8 Sterilisator
- 19.9 Stimmübungssystem für Kehlkopflose
- 19.10 Stockroller
- 19.11 Stockständer

- 19.12 Stufenbett
- 19.13 SUNTRONIC-System (AS 43)
- 20.1 Taktellgerät
- 20.2 Tamponapplikator
- 20.3 Tandem für Behinderte
- 20.4 Telefonverstärker
- 20.5 Telefonhalter
- 20.6 Therapeutische Wärme-/Kältesegmente
- 20.7 Treppenlift, Monolift, Plattformlift
- 21.1 Übungsmatte
- 21.2 Ultraschalltherapiegeräte
- 21.3 Urin-Prüfgerät
- 22.1 Venenkissen
- 23.1 Waage
- 23.2 Wandstandgerät
- 24.1 (frei)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zahnpflegemittel
- 26.2 Zweirad für Behinderte

**→ nach oben**

**Nach § 41 Absatz 1 Satz 3 beihilfefähige Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen  
und Schutzimpfungen**

- 1 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
  - 1.1 Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz
  - 1.2 Früherkennungsuntersuchungen
    - 1.2.1 U 10 bei Personen, die das siebte, aber noch nicht das neunte Lebensjahr vollendet haben
    - 1.2.2 U 11 bei Personen, die das neunte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben
    - 1.2.3 J 2 bei Personen, die das 16., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet
- 2 Schutzimpfungen
  - 2.1 Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME-)Schutzimpfungen ohne Einschränkungen
  - 2.2 Gripeschutzimpfungen ohne Einschränkungen

**→ nach oben**

→ nach oben

**Anlage 14**

(zu § 41 Absatz 3)

**Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko**

Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
2. genetische Analyse,
3. Teilnahme an einem Strukturierten Früherkennungsprogramm

zusammen und sind mit den nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in einer in Nummer 4 aufgeführten Klinik durchgeführt werden.

**Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung**

Pro Familie sind die Aufwendungen für eine einmalige Risikofeststellung mit interdisziplinärer Erstberatung, Stammbaumerfassung und Mitteilung des Genbefundes pauschal in Höhe von 900 Euro beihilfefähig. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung weiterer Familienmitglieder.

**Genetische Analyse**

Aufwendungen für eine genetische Analyse bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) sind pauschal in Höhe von 4 500 Euro beihilfefähig. Wird eine ratsuchende gesunde Person nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht, sind die Aufwendungen in Höhe von 250 Euro beihilfefähig.

Die genetische Analyse wird bei den Indexfällen durchgeführt. Dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Person zugerechnet werden. Dagegen werden die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden genetischen Analyse der Indexperson der gesunden ratsuchenden Person zugerechnet. Ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexperson mehr ableiten lassen, die genetische Analyse also keinen diagnostischen Charakter hat. Eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren.

3. Teilnahme an einem Strukturierten Früherkennungsprogramm  
Aufwendungen für die Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm sind einmal jährlich in Höhe von pauschal 580 Euro beihilfefähig.
4. Kliniken des Deutschen HNPCC-Konsortiums
  - a) Berlin  
Charité – Universitätszentrum Berlin, Brustzentrum
  - b) Dresden  
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

→ nach oben

- c) Düsseldorf  
Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum
- d) Erlangen  
Universitätsklinikum Erlangen  
Familiäres Brust- und Eierstockkrebszentrum
- e) Frankfurt  
Universitätsklinikum Frankfurt  
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- f) Freiburg  
Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Freiburg
- g) Göttingen  
Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
- h) Greifswald  
Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Greifswald
- i) Halle  
Universitätsklinikum Halle, Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
- j) Hamburg  
Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- k) Hannover  
Institut für Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover
- l) Heidelberg  
Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg
- m) Kiel  
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
- n) Köln  
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
- o) Leipzig  
Institut für Humangenetik der Universität Leipzig Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs
- p) Mainz  
Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsmedizin Mainz, Institut für Humangenetik und Klinik für Frauengesundheit
- q) München  
Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München- Großhadern  
Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar

- r) Münster  
Institut für Humangenetik der Universität Münster
- s) Regensburg  
Institut für Humangenetik, Universität Regensburg
- t) Tübingen  
Universität Tübingen, Institut für Humangenetik
- u) Ulm  
Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm
- v) Würzburg  
Institut für Humangenetik der Universität Würzburg<sup>4</sup>

→ nach oben

→ nach oben

Anlage 14a  
(zu § 41a Absatz 1)

### **Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko**

Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
2. Tumorgewebsdiagnostik,
3. genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)
4. Früherkennungsmaßnahmen

zusammen und sind in Höhe der nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in einer in Nummer 4 aufgeführten Klinik durchgeführt werden.

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Unter der Voraussetzung, dass die revidierten Bethesda-Kriterien in der Familie der ratsuchenden Person erfüllt sind, sind die Aufwendungen für die erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung einmalig in Höhe von 600 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom bekannt ist, sind in Höhe von 300 Euro beihilfefähig.

2. Tumorgewebsdiagnostik

Aufwendungen für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe sind in Höhe von 500 Euro beihilfefähig. Ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig.

3. Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)

Aufwendungen für eine genetische Analyse bei einem Indexfall sind in Höhe von 3 500 Euro beihilfefähig, wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR- Mutation hinweist, vorliegen. Aufwendungen für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation sind in Höhe von 350 Euro beihilfefähig.

4. Früherkennungsmaßnahmen

Unter den Voraussetzungen, dass ein Lynch- oder ein Polyposis-Syndrom vorliegt, sind Aufwendungen für eine jährliche endoskopische Untersuchung des Magendarmtraktes einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien in Höhe von 540 Euro beihilfefähig.

5. Kliniken des Deutschen HNPCC-Konsortiums

a) Berlin

Charité – Universitätsmedizin Berlin

b) Bochum

Ruhr-Universität Bochum

Knappschaftskrankenhaus, Medizinische Universitätsklinik

c) Bonn

Institut für Humangenetik, Biomedizinisches Zentrum

d) Dresden

Abteilung Chirurgische Forschung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

e) Düsseldorf

Institut für Humangenetik und Anthropologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

f) Halle

Universitätsklinikum Halle

g) Hannover

Medizinische Hochschule

h) Heidelberg

Abteilung für Angewandte Tumorbiologie, Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg

i) Köln Universitätsklinikum Köln

j) Leipzig

Universität Leipzig

k) Lübeck

Klinik für Chirurgie, Universität zu Lübeck und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

l) München

Medizinische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität Medizinisch-Genetisches Zentrum

m) Münster

Universitätsklinikum Münster

- n) Tübingen  
Universität Tübingen
- o) Ulm  
Universitätsklinikum Ulm
- p) Wuppertal  
HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal

**→ nach oben**

→ nach oben

### Anlage 16 (zu § 51a Absatz 2)

Absender (Krankenhaus)

### Antrag auf Gewährung von Beihilfe und auf Direktabrechnung

mit einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V)

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

**1. Angaben zur beihilfeberechtigten Person (von dieser auszufüllen):**

Beihilfe-Identifikationsnummer

Familiennamen, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

**2. Angaben zur behandelten Person, wenn nicht Nummer 1:**

Familiennamen, Vorname

Geburtsdatum

**3. Antragsvoraussetzungen (von der beihilfeberechtigten Person auszufüllen)**

Eine Direktabrechnung ist nicht möglich, wenn mit diesem Antrag

- erstmals eine Beihilfe beantragt oder
- eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wird.

<p>a) Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag in einem der folgenden Bereiche Änderungen ergeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wechsel des Ausbildungs-, Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisses, Beurlaubung, Eintritt in den Ruhestand, Bezug von Versorgungsbezügen,</li> <li>➤ Familienstand (nur wenn die berücksichtigungsfähige Person behandelt wird),</li> <li>➤ Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder (z. B. bei Geburt),</li> <li>➤ Krankenversicherungsschutz,</li> <li>➤ anderweitige Beihilfeberechtigung (auch der berücksichtigungsfähigen Person, wenn diese behandelt wird),</li> <li>➤ Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,</li> <li>➤ Einkünfte der Ehegattin / des Ehegatten oder der Lebenspartnerin / des Lebenspartners, wenn die Ehegattin / der Ehegatte oder die Lebenspartnerin / der Lebenspartner behandelt wird.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> Ja Es haben sich bei mindestens einem der angeführten Sachverhalte Änderungen ergeben.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.</p>
<p>b) Stehen der behandelten Person andere Krankenfürsorgeleistungen (mit Ausnahme der beihilfekonformen privaten Krankenversicherung) zu, z. B. Heilfürsorge oder Krankenhilfe nach Bundesversorgung-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfer-Gesetz?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>c) Bei Direktabrechnung beleg- oder wahlärztlicher Leistungen: Wird die Behandlung durch einen nahen Angehörigen (§ 8 Absatz 1 Nummer 7 BBhV) durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>d) Erfolgt die Behandlung anlässlich eines Unfalls?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>

**Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:**

- Meine Angaben sind richtig und vollständig.
- Ich ermächtige das Krankenhaus und von ihm beauftragte Rechnungssteller, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen, und die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an das Krankenhaus oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Mit der Übermittlung meiner Daten zur Person, Diagnosen, Behandlungsdaten und den sonstigen in § 301 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zwischen dem Krankenhaus, dem Rechnungssteller und der Festsetzungsstelle bin ich einverstanden, soweit diese zur Prüfung des Zahlungsanspruchs des Krankenhauses erforderlich ist. Ich entbinde das Krankenhaus, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle insoweit von der Schweigepflicht.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Bezahlung nicht beihilfefähiger Leistungen bin ich selbst verantwortlich.

Datum, Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder der bevollmächtigten Person  
(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

**Erklärungen der behandelten volljährigen Person:**

- Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten zur Person, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zwischen Krankenhaus und der Festsetzungsstelle einverstanden. Ich entbinde das Krankenhaus, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Bezahlung nicht beihilfefähiger Leistungen bin ich selbst verantwortlich.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der volljährigen behandelten Person

**4. Angaben des Krankenhauses (vom Krankenhaus auszufüllen)**

Das Verfahren richtet sich nach der zwischen der DKG und dem Bund abgeschlossenen Rahmenvereinbarung über eine Direktabrechnung von Krankenhausleistungen – Beihilfe – im schriftlichen Verfahren.

Bitte senden Sie diesen Antrag zusammen mit der Aufnahmeanzeige zeitnah nach Aufnahme der zu behandelnden Person in das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle. Ist die Aufnahmeanzeige nicht beigefügt, kann eine Direktabrechnung nicht erfolgen. Für die Berücksichtigung von wahlärztlichen Leistungen oder Wahlleistungen bei der Direktabrechnung ist die entsprechende Wahlleistungsvereinbarung zwingend beizufügen. Die Festsetzungsstelle wird Ihnen zeitnah bestätigen, ob eine Direktabrechnung erfolgen kann und in welchem Umfang eine Leistungsverpflichtung besteht. Die Rechnung ist der Festsetzungsstelle mit der Entlassungsanzeige zuzuleiten (nicht bei Zwischenrechnungen).

Verzichtet die Festsetzungsstelle auf die vorherige Übermittlung dieses Antrages, ist dieser mit der Rechnung nebst Aufnahmeanzeige, Entlassungsanzeige und gegebenenfalls der Wahlleistungsvereinbarung zu übersenden.

Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, wenden Sie sich wegen der Begleichung der Rechnung bitte an die behandelte Person. Auch Kostenanteile, für die keine Beihilfe gewährt werden kann, sind der behandelten Person direkt in Rechnung zu stellen.

Aufnahmedatum:	Aufnahmenummer:
Einweisungsdiagnosen:	
Aufnahmediagnosen (ICD):	
Verweildauer: _____ Tage	(voraussichtliches) Entlassungsdatum:
<b>Aufnahmeanzeige bitte beifügen.</b>	

Verlegung von einem anderen Krankenhaus	Handelt es sich um eine Wiederaufnahme?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behandlung durch einen Belegarzt	Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Die Vereinbarung bitte gegebenenfalls beifügen.</b>	
Hat eine vorstationäre Behandlung stattgefunden?	Findet (voraussichtlich) eine nachstationäre Behandlung statt?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?	Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ansprechperson und Rufnummer bei Rückfragen:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel

→ nach oben

→ Stichwortverzeichnis  
→ zur Beihilfeverordnung (BBhV)

## **Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung**

**Vom 25. September 2019**

Nach § 145 Absatz 2 des Bundesbeamtengesetzes, der zuletzt durch Artikel 2 Nummer 2 des Gesetzes vom 29. November 2018 (BGBl. 12. 2232) geändert worden ist, erlässt das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift:

### **Kapitel 1 Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung**

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 26. Juni 2017 (GMBI. 2017 S. 530), wird wie folgt geändert:

- zu § 1        Regelungsgegenstand
- zu § 2        Beihilfeberechtigte Personen
- zu § 3        Beamtinnen und Beamte im Ausland
- zu § 4        Berücksichtigungsfähige Personen
- zu § 5        Konkurrenzen
- zu § 6        Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
- zu § 7        Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch
- zu § 8        Ausschluss der Beihilfefähigkeit
- zu § 9        Anrechnung von Leistungen
- zu § 10       Beihilfeanspruch
- zu § 11       Aufwendungen im Ausland

### **Kapitel 2 Aufwendungen in Krankheitsfällen**

#### **Abschnitt 1 Ambulante Leistungen**

- zu § 12       Ärztliche Leistungen
- zu § 13       Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

- zu § 14 Zahnärztliche Leistungen
- zu § 15 Implantologische Leistungen
- zu § 15a Kieferorthopädische Leistungen
- zu § 15b Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- zu § 16 Auslagen, Material- und Laborkosten
- zu § 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf
- zu § 18 Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung
- zu § 18a Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytische begründete Verfahren und Verhaltenstherapie
- zu § 19 Psychoanalytische begründete Verfahren
- zu § 20 Verhaltenstherapie
- zu § 21 Psychosomatische Grundversorgung

## **Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen**

- zu § 22 Arznei- und Verbandmittel
- zu § 23 Heilmittel
- zu § 24 Komplextherapien und integrierte Versorgung
- zu § 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
- zu § 26 Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern
- zu § 26a Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung
- zu § 27 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit
- zu § 28 Familien- und Haushaltshilfe
- zu § 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland
- zu § 30 Soziotherapie
- zu § 30a Neuropsychologische Therapie
- zu § 31 Fahrtkosten
- zu § 32 Unterkunftskosten
- zu § 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

## **Abschnitt 3 Rehabilitation**

- zu § 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen
- zu § 35 Rehabilitationsmaßnahmen
- zu § 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

### **Kapitel 3**

#### **Aufwendungen in Pflegefällen**

- zu § 37 Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen
- zu § 38 Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen
- zu § 38a Häusliche Pflege
- zu § 38b Kombinationsleistungen
- zu § 38c Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- zu § 38d Teilstationäre Pflege
- zu § 38e Kurzzeitpflege
- zu § 38f Ambulant betreute Wohngruppen
- zu § 38g Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- zu § 38h Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson
- zu § 39 Vollstationäre Pflege
- zu § 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe
- zu § 39b Aufwendungen bei Pflegegrad 1
- zu § 40 Palliativversorgung

### **Kapitel 4**

#### **Aufwendungen in anderen Fällen**

- zu § 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
- zu § 42 Schwangerschaft und Geburt
- zu § 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
- zu § 44 Überführungskosten
- zu § 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe
- zu § 45a Organspende und andere Spenden
- zu § 45b Klinisches Krebsregister

### **Kapitel 5**

#### **Umfang der Beihilfe**

- zu § 46 Bemessung der Beihilfe
- zu § 47 Abweichender Bemessungssatz
- zu § 48 Begrenzung der Beihilfe
- zu § 49 Eigenbehalte
- zu § 50 Belastungsgrenzen

## **Kapitel 6**

### **Verfahren und Zuständigkeit**

- zu § 51      Bewilligungsverfahren
- zu § 51a    Zahlung an Dritte
- zu § 52      Zuordnung der Aufwendungen
- zu § 53      (weggefallen)
- zu § 54      Antragsfrist
- zu § 55      Geheimhaltungspflicht
- zu § 56      Festsetzungsstellen
- zu § 57      (weggefallen)

## **Kapitel 7**

### **Übergangs- und Schlussvorschriften**

- zu § 58      Übergangsvorschriften
- zu § 59      (unbesetzt)  
Inkrafttreten, Außerkrafttreten

**→ zur Beihilfeverordnung (BBhV)**

**→ nach oben**

←zurück

## **Kapitel 1**

### **Allgemeine Vorschriften**

#### **Zu § 1 – Regelungsgegenstand**

<sup>1</sup>Die Beihilfe ist eine eigenständige ergänzende beamtenrechtliche Krankenfürsorge. <sup>2</sup>Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die den Beamtinnen und Beamten und ihren Familien gegenüber bestehende beamtenrechtliche Fürsorgepflicht (§ 78 des Bundesbeamtengesetzes [BBG]), sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch eine zumutbare Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. <sup>3</sup>Die Fürsorgepflicht verlangt jedoch keine lückenlose anteilige Erstattung jeglicher Aufwendungen. <sup>4</sup>Neben Beamtinnen und Beamten können weitere Personengruppen auf Grund spezialgesetzlicher Verweisungen einen Beihilfeanspruch haben (vgl. z. B. § 27 Absatz 1 des Abgeordnetengesetzes [AbgG], § 46 des Deutschen Richtergesetzes [DRiG] und § 31 des Soldatengesetzes [SG]).

→ nach oben

[←zurück](#)

## **Zu § 2 – Beihilfeberechtigte Personen**

### **2.1 Zu Absatz 1**

Witwen oder Witwer und Waisen beihilfeberechtigter Personen, die Ansprüche nach Absatz 2 haben und damit zu den Personen nach Nummer 2 gehören, sind bereits von dem Tag an selbst beihilfeberechtigt, an dem die beihilfeberechtigte Person stirbt.

### **2.2 Zu Absatz 2**

2.2.1 <sup>1</sup>Nach § 80 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 92 Absatz 5 Satz 1 BBG besteht ein Anspruch auf Beihilfe auch während einer Beurlaubung ohne Besoldung nach § 92 Absatz 1 Satz 1 BBG. <sup>2</sup>Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte bei einer beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig wird oder in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versichert ist (§ 92 Absatz 5 Satz 2 BBG). <sup>3</sup>Ist die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner einer Beamtin oder eines Beamten, die oder der aus familiären Gründen nach § 92 Absatz 1 BBG beurlaubt ist, gesetzlich krankenversichert, ist davon auszugehen, dass ein Zugang der Beamtin oder des Beamten zur Familienversicherung besteht. <sup>4</sup>Die beurlaubte Beamtin oder der beurlaubte Beamte hat den nicht bestehenden Anspruch auf Familienversicherung ggf. nachzuweisen.

2.2.2 <sup>1</sup>Während der Elternzeit besteht der Beihilfeanspruch fort. <sup>2</sup>Er verdrängt daher eine eventuelle Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 (§ 5 Absatz 1 Nummer 2).

### **2.3 Zu Absatz 3**

2.3.1 <sup>1</sup>Nach § 27 Absatz 1 AbgG erhalten Mitglieder des Deutschen Bundestages und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger nach dem AbgG einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). <sup>2</sup>Unter den in § 27 Absatz 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.

2.3.2 Soweit Mitglieder des Deutschen Bundestages, die zugleich Mitglieder der Bundesregierung oder Parlamentarische Staatssekretärinnen oder Parlamentarische Staatssekretäre sind, sich für den Zuschuss nach § 27 Absatz 1 AbgG entscheiden, wird dieser von dem jeweils zuständigen Bundesministerium für den Deutschen Bundestag festgesetzt und gezahlt.

2.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

2.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt) → **nach oben**

←zurück

**Zu § 3 – Beamtinnen und Beamte im Ausland**  
(unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 4 – Berücksichtigungsfähige Personen**

### **4.1 Zu Absatz 1**

4.1.1 <sup>1</sup>Bei der Prüfung des Einkommens berücksichtigungsfähiger Personen nach § 4 Absatz 1 (Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner) wird grundsätzlich auf den Zeitpunkt des Antrags-  
eingangs bei der Festsetzungsstelle abgestellt, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt die Auf-  
wendungen entstanden sind. <sup>2</sup>Durch das grundsätzliche Abstellen auf den Zeitpunkt der Antrag-  
stellung ist ein „Schieben“ der Aufwendungen in das Folgejahr möglich. § 54 Absatz 1 ist zu be-  
achten.

4.1.2 <sup>1</sup>Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben auf dem Steuerbescheid können  
unkenntlich gemacht werden. <sup>2</sup>Die Festsetzungsstelle kann an Stelle des Steuerbescheides an-  
dere Einkommensnachweise fordern oder zulassen, wenn die beihilfeberechtigte Person keinen  
Steuerbescheid vorlegen kann (z. B. bei Nichtveranlagung) oder der Steuerbescheid nicht alle von  
§ 2 Absatz 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes (EStG) erfassten Einkünfte abbildet (z. B.  
Pauschalsteuer auf Zinseinkünfte).

### **4.2 Zu Absatz 2**

4.2.1 <sup>1</sup>Die Vorschrift erfasst sowohl die im Familienzuschlag berücksichtigten Kinder, als auch die be-  
rücksichtigungsfähigen Kinder. <sup>2</sup>Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt  
werden können, für die der beihilfeberechtigten Person kein Familienzuschlag zusteht (Kinder von  
Beamtinnen und Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, Kinder beihilfeberechtigter Perso-  
nen, die sich in Elternzeit befinden) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht  
bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.

4.2.2 <sup>1</sup>Ein Anspruch auf Beihilfe für Kinder als berücksichtigungsfähige Personen besteht grundsätzlich  
so lange, wie der auf die Kinder entfallende Teil des Familienzuschlags nach dem Bundesbesol-  
dungsgesetz (BBesG) oder dem Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) gezahlt wird. <sup>2</sup>Dies gilt  
unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht be-  
standen hat, und der auf die Kinder entfallende Teil des Familienzuschlags zurückgefordert wird.

4.2.3 <sup>1</sup>Neben die Berücksichtigungsfähigkeit nach den Sätzen 1 und 2 tritt diejenige nach Satz den Sät-  
zen 3 und 4. <sup>2</sup>Für die Dauer eines in Satz 3 genannten abgeleisteten Dienstes ist ein Kind weiter  
berücksichtigungsfähig, auch wenn kein Familienzuschlag mehr gezahlt wird. <sup>3</sup>Zu der Frage eines  
erhöhten Bemessungssatzes nach § 46 Absatz 3 siehe Nummer 46.3.1.

### **4.3 Zu Absatz 3 (unbesetzt)**

→ nach oben

[←zurück](#)

## **Zu § 5 – Konkurrenzen**

### **5.1 Zu Absatz 1**

Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig.

### **5.2 Zu Absatz 2**

5.2.1 Die Feststellung der Zuständigkeit soll unverzüglich zwischen den beteiligten Festsetzungsstellen erfolgen.

5.2.2 Nach Satz 2 schließt ein Beihilfeanspruch auf Grund eines Versorgungsanspruchs aus einem eigenen Dienstverhältnis einen abgeleiteten Beihilfeanspruch als Witwe oder Witwer aus.

### **5.3 Zu Absatz 3**

5.3.1 <sup>1</sup>Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Person wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften nicht ausgeschlossen, sondern „geht vor“. <sup>2</sup>Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. <sup>3</sup>Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen Tarifbeschäftigten ein einzelvertraglicher oder tarifvertraglicher Beihilfeanspruch zusteht. <sup>4</sup>Die Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 ist zu beachten.

5.3.2 <sup>1</sup>Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Person ist ausgeschlossen. <sup>2</sup>Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

5.3.3 <sup>1</sup>Wird ein tarifvertraglicher Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen, der einer nach § 4 Absatz 1 berücksichtigungsfähigen Person, die teilzeitbeschäftigt ist, entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gekürzt, so besteht daneben ein ergänzender Anspruch nach § 4 Absatz 1. <sup>2</sup>Die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen müssen erfüllt sein (vgl. § 4 Absatz 1). <sup>3</sup>Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund Tarifvertrags zustehende Beihilfe abzuziehen (§ 9 Absatz 1). <sup>4</sup>Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des Kapitels 3 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch der beamteten beihilfeberechtigten Person.

### **5.4 Zu Absatz 4** (unbesetzt)

5.5 **Zu Absatz 5**

Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen mit unterschiedlichen Dienstherrn (z. B. Bund – Land; Bund – Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung auf dem Formblatt nach Anhang 1 zu übersenden.

**→ nach oben**

[←zurück](#)

## **Zu § 6 – Beihilfefähigkeit von Aufwendungen**

### **6.1 Zu Absatz 1**

6.1.1 <sup>1</sup>Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Beschluss vom 30. September 2011 – 2 B 66.11 –) sind krankheitsbedingte Aufwendungen notwendig, wenn die Leistung medizinisch notwendig ist. <sup>2</sup>Insoweit gilt § 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Notwendigkeit einer Krankenbehandlung) entsprechend. <sup>3</sup>Folglich sind Leistungen lediglich auf Verlangen, wie z. B. medizinisch-ästhetische Leistungen (so genannte Schönheitsoperationen) nicht notwendig, weil kein therapiebedürftiger krankheitswerter Zustand vorliegt. <sup>4</sup>So ist z. B. die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Brustneorekonstruktion bei angeborener Brustanomalie (OVG Koblenz, Beschluss vom 26. Mai 2015 – 2 A 10335/15.OVG –), eine Beinverlängerung bei Kleinwuchs (OVG Münster, Urteil vom 24. Januar 2011 – 1 A 527/08 –) oder einen chirurgischen Eingriff bei Ohrfehlstellungen (OVG Hamburg, Beschluss vom 18. Februar 2009 – 1 Bf 108/08.Z –) regelmäßig zu verneinen. <sup>5</sup>Unerheblich ist, ob das subjektive Empfinden des Betroffenen, sein körperlicher Zustand sei unzulänglich, psychische Störungen hervorruft. <sup>6</sup>Bei psychischen Störungen beschränkt sich die notwendige Krankenbehandlung auf eine psychotherapeutische Behandlung (§§ 18 bis 21). <sup>7</sup>Ein operativer Eingriff in den gesunden Körper, durch den einer psychischen Erkrankung entgegengewirkt werden soll, ist auch dann nicht beihilfefähig, wenn eine psychotherapeutische Behandlung abgelehnt wird und damit keinen Erfolg verspricht (BVerwG, Beschluss vom 30. September 2011 – 2 B 66.11 – unter Hinweis darauf, dass generell zweifelhaft sei, ob körperliche Eingriffe zur Überwindung einer psychischen Krankheit geeignet seien, hinzu komme, dass nach einem solchen Eingriff eine Symptomverschiebung zu besorgen sei und bei Anerkennung der Beihilfefähigkeit letztlich Schönheitsoperationen auf Kosten der Allgemeinheit durchgeführt würden).

6.1.2 Aufwendungen nach Satz 2 umfassen neben Aufwendungen für Leistungen nach § 13 auch solche, bei denen die Leistung nicht von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht worden ist, weil das medizinische Fachpersonal nicht in der Lage ist, die Leistung selbst zu erbringen, diese aber dringend medizinisch geboten ist (z. B. Spezialuntersuchungen in wissenschaftlichen Instituten).

### **6.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Im Regelfall sind von der GKV anerkannte neue Behandlungsmethoden beihilfefähig. <sup>2</sup>Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein ärztliches Gutachten bestätigt, ist vor einer beihilferechtlichen Anerkennung der die Fachaufsicht führenden Stelle zu berichten.

### **6.3 Zu Absatz 3**

6.3.1 <sup>1</sup>Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zu Grunde zu legen sind. <sup>2</sup>Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einfachsätze

an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. <sup>3</sup>Der in der GOÄ und der GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten. <sup>4</sup>Liquidationen, die neben der Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen nach der GOÄ in Übereinstimmung mit der aktuellen Rechtslage auch die entsprechende Umsatzsteuer ausweisen, sind in vollem Umfang, das heißt einschließlich der Umsatzsteuer, beihilfefähig, z. B. bei der Abrechnung von Leistungen selbständig tätiger Beleg- oder Laborärztinnen und -ärzte.

6.3.2 <sup>1</sup>Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen sind die Gebühren nach dem Gebührenrahmen der GOÄ oder GOZ auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt oder in deren oder dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit die Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung vorgeschrieben ist. <sup>2</sup>Als andere öffentliche Gebührenordnungen gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. <sup>3</sup>Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für die Benutzer verbindlich sind. <sup>4</sup>Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden. <sup>5</sup>Abrechnungen nach dem „Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif“ sind ebenso anzuerkennen.

6.3.3 <sup>1</sup>Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach dem Gebührenrahmen der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G der Anlage zur GOÄ aufgeführt sind (§ 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). <sup>2</sup>Dabei handelt es sich um die Leistungen nach folgenden Nummern der Anlage zur GOÄ:

- 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95 (Abschnitt B);
- 808, 835, 845, 846, 847, 849, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871 (Abschnitt G).

<sup>3</sup>Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach den Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der Anlage zur GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren. <sup>4</sup>Gebühren für diese Leistungen sind unabhängig von der Beihilfefähigkeit der übrigen Gebühren nach Abschnitt G der Anlage zur GOÄ beihilfefähig.

6.3.4 <sup>1</sup>Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Absatz 2 Satz 4, Absatz 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Absatz 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, kann sie nach Absatz 3 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Absatz 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Absatz 3 Satz 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. <sup>2</sup>Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

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

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Absatz 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z. B. Nummer 2382 der Anlage zur GOÄ und Nummer 6050 der Anlage 1 zur GOZ).

<sup>3</sup>Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. Mai 1996 – 2 C 10.95 – ist ein Überschreiten dann gerechtfertigt, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen. <sup>4</sup>Die Besonderheiten müssen „gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle“ auftreten. <sup>5</sup>Die Besonderheiten eines angewendeten Verfahrens können mithin alleine nicht eine Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen (siehe auch OVG Lüneburg, Urteil vom 13. November 2012 – 5 LC 222/11 –).

6.3.5 <sup>1</sup>Nach § 12 Absatz 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Absatz 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. <sup>2</sup>Bestehen bei der Festsetzungsstelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die Antragstellerin oder den Antragsteller bitten, die Begründung durch die Ärztin, den Arzt, die Zahnärztin oder den Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person veranlasst worden ist. <sup>3</sup>Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung der beihilfeberechtigten Person eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer oder Zahnärztekammer oder einer medizinischen oder zahnmedizinischen Gutachterin oder eines medizinischen oder zahnmedizinischen Gutachters einzuholen. <sup>4</sup>Die beihilfeberechtigte Person ist nach § 51 Absatz 1 Satz 2 zur Mitwirkung verpflichtet. <sup>5</sup>Wird das Einverständnis nicht erteilt, ist Nummer 51.1.7 zu beachten.

6.3.6 <sup>1</sup>Nach § 2 Absatz 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). <sup>2</sup>Eine Abdingung der GOÄ/GOZ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig. <sup>3</sup>Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 Absatz 1 GOÄ/GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinne der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Absatz 1 und 3 GOÄ, § 5 Absatz 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend den Nummern 6.3.4 und 6.3.5 gerechtfertigt. <sup>4</sup>Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen

von der die Fachaufsicht führenden Stelle im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern für Bau und Heimat (BMI) zugelassen werden.

6.3.7 Ist die beihilfeberechtigte Person zivilgerichtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Ärztin oder eines Arztes verurteilt, ist die Vergütung regelmäßig als angemessen im Sinne des Beihilferechts anzuerkennen (vgl. BVerwG, Urteil vom 25. November 2004 – 2 C 30.03 – ).

6.3.8 <sup>1</sup>Rechnungen, die auf Grund von Vereinbarungen, Verträgen zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Krankenkassen nach dem SGB V, Unternehmen der privaten Krankenversicherungen oder Beihilfetägern erstellt worden sind, bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. <sup>2</sup>Die Pauschalbeträge können als beihilfefähig anerkannt werden. <sup>3</sup>Dabei ist ausreichend, wenn in der Rechnung auf die Vereinbarung oder den Vertrag verwiesen wird. <sup>4</sup>Sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung unterschiedliche Tarifvereinbarungen mit den Leistungserbringern abgeschlossen haben, gilt dies nur für den Bereich des Grundtarifs, der im Regelfall bereits die Unterbringung im Zweibettzimmer umfasst. <sup>5</sup>Ausgewiesene Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot umfassen, beinhalten insoweit Leistungen, die nicht notwendig und wirtschaftlich angemessen sind. <sup>6</sup>Sie sind nur bis zur Höhe der Grundtarife beihilfefähig.

6.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

6.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

6.6 **Zu Absatz 6**

<sup>1</sup>Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es, auch dann eine angemessene Beihilfe zu gewähren, wenn

1. im konkreten Einzelfall Aufwendungen entstanden sind, für die nach den Regelungen der BBhV eine Beihilfe nicht oder nicht im vollen Umfang gewährt werden kann,
2. die Aufwendungen der Zweckbestimmung der Beihilfe unterfallen und
3. die Versagung der Beihilfe eine besondere Härte bedeuten würde.

<sup>2</sup>Eine besondere Härte liegt insbesondere dann vor, wenn

1. eine angemessene Selbstvorsorge nicht gewährleistet werden konnte,
2. eine unverschuldete Notlage vorliegt, in der die Belastung mit Krankheits- oder Pflegekosten den amtsangemessenen Unterhalt der beihilfeberechtigten Person und ihrer Familie gefährdet oder
3. durch die Anwendung der BBhV die betroffene Person in ihrer spezifischen Situation besonders hart getroffen ist.

<sup>3</sup>Ein besonderer Härtefall wird nicht bereits dann anzunehmen sein, wenn keine der besonderen Härtefallregelungen (z. B. § 39 Absatz 2, § 47 oder § 50 BBhV) einschlägig ist. <sup>4</sup>In Pflegefällen ist das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 26. April 2018, 5 C 4.17, zu berücksichtigen.

<sup>5</sup>Hiernach kann eine Beamtin oder ein Beamter keine über die Beihilfevorschriften hinausgehende Beihilfe zu pflegebedingten Aufwendungen unmittelbar aus dem Fürsorgegrundsatz beanspruchen, wenn sie oder er oder eine berücksichtigungsfähige Person es unterlassen haben, zumutbare Eigenvorsorge durch Abschluss einer Pflegezusatzversicherung zu betreiben. <sup>6</sup>Der Fürsorgegrundsatz verlangt nicht, die beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen vor der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bewahren. <sup>7</sup>Es gibt keinen Grundsatz „Fürsorge vor Sozialhilfe“. <sup>8</sup>In Pflegefällen muss also jeweils geprüft werden, ob sich das manifestierte Risiko der pflegebedingten Kosten durch zumutbaren Abschluss einer Pflegezusatzversicherung hätte vermeiden lassen können. <sup>9</sup>Bei dieser Prüfung kommt es darauf an, ob im Einzelfall

1. eine Pflegezusatzversicherung das manifestierte Risiko abgebildet und abgesichert hätte und
2. der Abschluss der Versicherung zumutbar war.

<sup>10</sup>Maßgeblicher Zeitpunkt für die Feststellung der Zumutbarkeit bei Pflegezusatzversicherungen ist nach den Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichtes der 1. Juli 1996 (Inkrafttreten der zweiten Stufe des Pflege- und Versicherungsgesetzes). <sup>11</sup>Ab diesem Zeitpunkt konnten alle Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, im Regelfall zumutbar eine Pflegezusatzversicherung abschließen. <sup>12</sup>Gründe, die ausnahmsweise eine Unzumutbarkeit nahelegen würden, sind von der beihilfeberechtigten Person darzulegen.

**→ nach oben**

←zurück

**Zu § 7 – Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch  
(unbesetzt)**

→ nach oben

[←zurück](#)

## **Zu § 8 – Ausschluss der Beihilfefähigkeit**

### **8.1 Zu Absatz 1**

<sup>1</sup>Der Ausschluss nach Nummer 7 gilt auch im Falle der Behandlung durch eine angestellte Person in der Einzelpraxis einer in der Nummer 7 genannten Person. <sup>2</sup>Allerdings ist der Beihilfeanspruch nicht ausgeschlossen, wenn durch eine Person behandelt wird, die mit einer der in Nummer 7 genannten Personen eine Gemeinschaftspraxis betreibt und nicht zu diesem Personenkreis gehört. <sup>3</sup>Gleiches gilt, wenn eine in Nummer 7 genannte Person in einer Praxis angestellt ist. <sup>4</sup>Der Ausschluss besteht nur bei Heilmaßnahmen, insbesondere bei ärztlichen Leistungen oder Heilmitteln. <sup>5</sup>Auch Untersuchungen wie solche zur Vorsorge oder Diagnostik sind den Heilmaßnahmen in diesem Sinne zuzuordnen. <sup>6</sup>Nicht ausgeschlossen sind beispielsweise Pflegeleistungen oder Leistungen der Familien- und Haushaltshilfe von Angehörigen. <sup>7</sup>Ebenfalls besteht kein Ausschluss in den Fällen des § 45 Absatz 1 (Erste Hilfe). <sup>8</sup>Konnte die erforderliche medizinische Behandlung nur in der Praxis des nahen Angehörigen durchgeführt werden oder war es der behandelten Person aus tatsächlichen Gründen nicht möglich oder zumutbar, eine andere Praxis aufzusuchen, und übersteigt der Umfang der Behandlung deutlich das Maß dessen, was üblicherweise noch unentgeltlich geleistet wird, ist die Beihilfefähigkeit ebenfalls nicht ausgeschlossen (vgl. hierzu BVerwG, Urteil vom 29. September 2011 – 2 C 80.10 –). <sup>9</sup>Das kann etwa in Betracht kommen, wenn die Behandlung durch den nahen Angehörigen aus medizinischen Gründen geboten ist, weil dieser zu den wenigen Spezialisten gehört, die die in Frage kommende Behandlung überhaupt durchführen können.

### **8.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Nach § 76 BBG gehen gesetzliche Schadensersatzansprüche infolge Körperverletzung oder Tötung insoweit auf den Dienstherrn über, als er dienstrechtlich zu Leistungen verpflichtet ist, also auch bis zur Höhe des Beihilfeanspruchs zu beihilfefähigen Aufwendungen infolge der Schädigung. <sup>2</sup>Der Anspruchsübergang unterbleibt bei Schadensersatzansprüchen, die sich gegen einen mit der oder dem Verletzten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen richten. <sup>3</sup>Da es sich um einen gesetzlichen Forderungsübergang handelt, bedarf es für seine Wirksamkeit keiner Abtretung oder anderen Rechtshandlung. <sup>4</sup>Der Übergang erfolgt kraft Gesetzes und grundsätzlich im Zeitpunkt des Schadensereignisses. <sup>5</sup>Soweit der Anspruch auf den Dienstherrn übergegangen ist, kann der Verletzte nicht mehr, z. B. durch Vergleich, darüber verfügen. <sup>6</sup>Bei vertraglichen Schadensersatzansprüchen, insbesondere aus einem Behandlungsvertrag mit der Ärztin oder dem Arzt, ergibt sich der gesetzliche Forderungsübergang aus den parallel bestehenden gesetzlichen Schadensersatzansprüchen. <sup>7</sup>Soweit Schadensersatzansprüche ausnahmsweise nicht nach § 76 BBG erfasst werden und nicht auf den Dienstherrn übergehen, sind Aufwendungen in dem Umfang nicht beihilfefähig, wie der beihilfeberechtigten Person ein Ersatzanspruch gegen Dritte zusteht. <sup>8</sup>Ein Anspruch auf Krankenhilfe gegenüber dem Jugendamt nach § 40 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) ist gegenüber der Beihilfe nachrangig (§ 10 Absatz 1 SGB VIII; VG Berlin, Urteil vom 21. August 2008 – 36 A 185.06 –) und deshalb nicht als Ersatzanspruch nach § 8 Absatz 2 von den Aufwendungen abzuziehen.

### 8.3 **Zu Absatz 3**

8.3.1 <sup>1</sup>Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen oder Kostenanteile sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der GKV keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. <sup>2</sup>Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. <sup>3</sup>Von der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund von § 130 Absatz 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. <sup>4</sup>Bei den nicht durch Zuschüsse der Krankenversicherung gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen oder Kostenanteile.

8.3.2 <sup>1</sup>Nach § 53 Absatz 1 SGB V (Wahltarife) können die Krankenkassen bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). <sup>2</sup>Soweit Selbstbehalte von der Krankenkasse angerechnet werden, sind sie nicht beihilfefähig.

### 8.4 **Zu Absatz 4**

8.4.1 <sup>1</sup>Die nicht beihilfefähigen Leistungen nach Satz 1 beziehen sich ausschließlich auf die Bücher des Sozialgesetzbuches und damit auf Regelungen innerhalb des deutschen Sozialversicherungssystems. <sup>2</sup>Ausländische Sozialversicherungssysteme sind von dieser Regelung ausgeschlossen.

<sup>3</sup>Erfasst werden insbesondere Leistungen nach folgenden Vorschriften:

SGB V: §§ 20i - bis 43b; §§ 50 - bis 60

SGB VI: §§ 15 - bis 17; §§ 28, 31

SGB VII: §§ 27 - bis 33; §§ 42 - bis 45

SGB IX: §§ 42 - bis 47; §§ 73, 74.

8.4.2 <sup>1</sup>Die Vorschrift erfasst Leistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel, die nach Vorlage der Krankenversicherungskarte bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer verabreicht werden, sowie kieferorthopädische Behandlung) einer Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). <sup>2</sup>Bei Ansprüchen nach dem BVG sind nur die nach § 10 Absatz 1 BVG zustehenden Leistungen von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. <sup>3</sup>Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 9 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

8.4.3 Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249a SGB V).

8.4.4 <sup>1</sup>Satz 3 Nummer 2 erfasst die Fälle, in denen sich die oder der gesetzlich Pflichtversicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z. B. privatärztliche Behandlung

durch eine Kassenärztin oder einen Kassenarzt). <sup>2</sup>Wäre im Falle der Vorlage der Krankenversicherungskarte oder eines Überweisungsscheines eine Sachleistung verabreicht worden, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. <sup>3</sup>Gehört die behandelnde Person, die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Personenkreis, ist § 9 Absatz 3 anzuwenden.

8.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

**→ nach oben**

[←zurück](#)

## **Zu § 9 – Anrechnung von Leistungen**

### **9.1 Zu Absatz 1**

9.1.1 <sup>1</sup>Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z. B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. <sup>2</sup>Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche nach dem BVG, und zwar auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen der oder des Leistungsberechtigten oder ihrer oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.

9.1.2 Satz 1 gilt nicht für solche Leistungen, die von den Krankenversicherungssystemen zwischen- und überstaatlicher Einrichtungen auf Grund einer freiwilligen Vereinbarung, z. B. an ehemalige NATO-Bedienstete als Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfänger gewährt werden.

9.1.3 <sup>1</sup>Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615a in Verbindung mit § 1610 Absatz 2 BGB). <sup>2</sup>Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 9 Absatz 1 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. <sup>3</sup>Daher kann z. B. die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.

### **9.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Die GKV zahlt bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) einen befundbezogenen Festzuschuss in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Regelversorgung (§ 55 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V). <sup>2</sup>Unter den Voraussetzungen des § 55 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V erhöht sich der Festzuschuss um 20 und ggf. darüber hinaus um weitere 10 Prozent. <sup>3</sup>Dieser maximal zu erreichende Festzuschuss (entspricht 65 Prozent der jeweiligen Regelversorgung) wird immer, sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei Pflichtversicherten in der GKV, angerechnet, unabhängig davon, ob die GKV diesen auch gezahlt hat.

### **9.3 Zu Absatz 3**

9.3.1 Satz 1 ist auch bei ärztlicher Behandlung von in der GKV pflichtversicherten Personen durch einen Privatarzt anzuwenden.

- 9.3.2 Zu den Erstattungen und Sachleistungen der GKV aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nummer 3 gehören nicht Leistungen der GKV, die von ihr auf Grund des BVG gewährt werden.
- 9.3.3 <sup>1</sup>Besteht für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person in einem ausländischen Sozialversicherungssystem nach dem ausländischen Recht kein Versicherungsschutz, erfolgt keine fiktive Leistungskürzung. <sup>2</sup>Der Nachweis ist durch die beihilfeberechtigte Person zu erbringen.
- 9.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 10 – Beihilfeanspruch**

### **10.1 Zu Absatz 1**

- 10.1.1 Der Beihilfeanspruch steht – auch für Aufwendungen seiner berücksichtigungsfähigen Personen – nur den selbst beihilfeberechtigten Personen und nicht den berücksichtigungsfähigen Personen zu.
- 10.1.2 Forderungsgläubiger (z. B. Ärzte) können die ihnen aus ihren Forderungen zustehenden Beträge pfänden, solange der konkrete Beihilfeanspruch durch Auszahlung der Beihilfe noch nicht erloschen ist (BGH, Beschluss vom 5. November 2004 – IXa ZB 17/04 –; LG Münster, Beschluss vom 21. Februar 1994 – 5 T 930/93 –).
- 10.1.3 Wegen der Unübertragbarkeit des Beihilfeanspruchs ist eine Aufrechnung gegen Beihilfeansprüche nicht zulässig (BVerwG, Urteil vom 10. April 1997 – 2 C 7/96 –; BGH, Beschluss vom 5. November 2004 – IXa ZB 17/04 –). Die Vererblichkeit des Beihilfeanspruchs ist nicht ausgeschlossen (BVerwG, Urteil vom 29. April 2010 – 2 C 77/08 –).

### **10.2 Zu Absatz 2**

- 10.2.1 <sup>1</sup>An die Antragsbefugnis bei Tod der beihilfeberechtigten Person stellt die BBhV keine formalen Anforderungen. <sup>2</sup>Im Regelfall ist von der Berechtigung der antragstellenden Person auszugehen. <sup>3</sup>Eine Nachprüfung der Berechtigung zur Antragstellung kann grundsätzlich unterbleiben.
- 10.2.2 Eine andere öffentliche Urkunde im Sinne der Nummer 3 ist z. B. ein öffentliches Testament (§ 2232 BGB) oder ein notariell beurkundeter Erbvertrag nebst Eröffnungsprotokoll.

→ nach oben

[←zurück](#)

## **Zu § 11 – Aufwendungen im Ausland**

### **11.1 Zu Absatz 1**

- 11.1.1 <sup>1</sup>Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union entstandenen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. <sup>2</sup>Beihilfefähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenbeteiligungen sind zu beachten. <sup>3</sup>Bei privaten Krankenhäusern ist entsprechend § 26a zu verfahren, es sei denn, es handelt sich um eine Notfallversorgung.
- 11.1.2 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind am Tag der Festsetzung der Beihilfe umzurechnen. Dabei ist der EZB-Referenzkurs ([www.bankenverband.de/service/waehrungsrechner/](http://www.bankenverband.de/service/waehrungsrechner/)) zu Grunde zu legen, es sei denn, dass der bei der Begleichung der Rechnung angewandte Umrechnungskurs nachgewiesen wird.
- 11.1.3 <sup>1</sup>Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 1 000 Euro ist eine Übersetzung beizufügen. <sup>2</sup>Bis 1 000 Euro ist eine kurze Angabe der Antragstellerin oder des Antragstellers über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.
- 11.1.4 Befindet sich ein Heimdialysepatient aus privaten Gründen vorübergehend außerhalb der Europäischen Union, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.
- 11.1.5 <sup>1</sup>Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung einer Fachärztin oder eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. <sup>2</sup>Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung medizinisch indiziert ist. <sup>3</sup>Ist eine Krankenhausbehandlung in Davos notwendig, sind die Aufwendungen ohne Begrenzung des § 26a Absatz 1 beihilfefähig <sup>4</sup>Ausgeschlossene Aufwendungen und Eigenbeteiligungen sind zu beachten.
- 11.1.6 Aufwendungen für eine Behandlung wegen Neurodermitis oder Psoriasis in einem der in Anlage 15 Abschnitt 4 zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 aufgeführten Kurorte am Toten Meer sind im gleichen Umfang wie Aufwendungen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

### **11.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>In den in Satz 1 enumerativ aufgezählten Fällen ist keine Vergleichsberechnung durchzuführen. <sup>2</sup>Auch eine Begrenzung auf den beihilfefähigen Höchstbetrag nach § 26a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 erfolgt nicht, wenn es sich um eine Notfallversorgung handelt, die Kosten vor Antritt der Reise als beihilfefähig anerkannt worden sind oder in der Nähe der deutschen Grenze wohnende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in akuten Fällen ein Krankenhaus aufsuchen mussten. <sup>3</sup>Unter Notfallversorgung wird die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen einschließlich Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen verstanden. <sup>4</sup>Eine eventuelle Weiterbehandlung außerhalb der Notfallbehandlung ist mithin nicht beihilfefähig. <sup>5</sup>So wären beispielsweise bei einem Skiunfall mit einfachem Knochenbruch in der Schweiz die Rettungsdienste, die Fixierung des Beines usw. beihilfefähig. <sup>6</sup>Aufwendungen nach Wiederherstellung der Reisefähigkeit sind dagegen nicht mehr beihilfefähig, da ab diesem Zeitpunkt von der Zumutbarkeit einer eventuell erforderlichen Weiterbehandlung im Inland ausgegangen werden kann. <sup>7</sup>In Zweifelsfällen hat die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Nichttransportfähigkeit durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen (vgl. § 51 Absatz 1 Satz 2 und 3).

11.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

**Kapitel 2**  
**Aufwendungen in Krankheitsfällen**  
Abschnitt 1  
Ambulante Leistungen

**Zu § 12 – Ärztliche Leistungen**

- 12      <sup>1</sup>Für die Prüfung, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ist die Kenntnis der Diagnose erforderlich. <sup>2</sup>Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden. <sup>3</sup>Der Antragstellerin oder dem Antragsteller ist Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben beizubringen.

→ nach oben

←zurück

### **Zu § 13 – Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern**

- 13.1 Dienstunfähigkeitsbescheinigungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nicht beihilfefähig (Umkehrschluss aus § 12 Satz 3 BBhV).
- 13.2 Nummer 12 gilt entsprechend.

→ nach oben

←zurück

**Zu § 14 – Zahnärztliche Leistungen**  
(unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 15 – Implantologische Leistungen**

### **15.1 Zu Absatz 1**

- 15.1.1 Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für den Austausch von Sekundärteilen gilt Absatz 1 entsprechend.
- 15.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für temporäre Implantate sind beihilfefähig, wenn diese medizinisch notwendig sind und die endgültige Versorgung als beihilfefähig anerkannt wird. <sup>2</sup>Ist die endgültige Versorgung mit Implantaten nicht beihilfefähig, so sind auch die Aufwendungen für temporäre Implantate nicht beihilfefähig.
- 15.1.3 Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sofern die beihilfeberechtigte Person nicht in geeigneter Weise, z. B. durch Beihilfebescheide und Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgebers glaubhaft machen kann (BVerwG, Urteil vom 28. Mai 2008 – 2 C 12.07 –).
- 15.1.4 Auf Grund der regelmäßig längeren Zeitspanne zwischen dem Einbringen der Implantate und dem Zustand eines zahnlosen Kiefers sollte die Gewährung der Beihilfe bis zum Nachweis des zahnlosen Ober- oder Unterkiefers unter Vorbehalt gestellt werden.

### **15.2 Zu Absatz 2** (unbesetzt)

### **15.3 Zu Absatz 3** (unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 15a – Kieferorthopädische Leistungen**

### **15a.1 Zu Absatz 1**

15a.1.1 Nach den Abrechnungsbestimmungen des Gebührenverzeichnisses der GOZ umfassen die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 alle Leistungen zur Kieferumformung und Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Methoden oder den verwendeten Therapiegeräten.

15a.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 6200 und 6240 der Anlage zur GOZ setzen nicht unmittelbar eine kieferorthopädische Behandlung im Sinne dieser Verordnung voraus. <sup>2</sup>Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.

15a.1.3 Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer ggf. erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.

15a.1.4 Erfolgt die aktiven Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nummer 6210 oder Begleitleistungen nach den Nummern 6180 bis 6230 der Anlage zur GOZ medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.

### **15a.2 Zu Absatz 2**

Enthält das Gutachten keine eindeutige Aussage zu den Voraussetzungen des Ausnahmetatbestandes, sind die Voraussetzungen des Absatzes 2 nicht erfüllt und die Beihilfe ist zu versagen.

### **15a.3 Zu Absatz 3**

Ein Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden auf Grund eines berufsbedingten Umzugs oder einer medizinischen Notwendigkeit liegt nicht in der Verantwortung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person.

### **15a.4 Zu Absatz 4** (unbesetzt)

### **15a.5 Zu Absatz 5** (unbesetzt)

### **15a.6 Zu Absatz 6** (unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

**Zu § 15b – Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**  
(unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

**Zu § 16 – Auslagen, Material- und Laborkosten**  
(unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

**Zu § 17 – Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamten auf Widerruf  
(unbesetzt)**

→ nach oben

[←zurück](#)

## **Zu § 18 – Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung**

### **18.1 Zu Absatz 1** (unbesetzt)

### **18.2 Zu Absatz 2**

18.2.1 <sup>1</sup>Bei der Akutbehandlung geht es um erste beruhigende ärztliche Gespräche einer akuten Problematik, um dann weitere Entscheidungen der Behandlungen zu treffen. <sup>2</sup>Nicht notwendigerweise schließt sich eine Psychotherapie nach den §§ 19 oder § 20 an. <sup>3</sup>Die Akutbehandlung kann für sich stehen und auch ausreichend sein, um die Probleme der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person soweit zu behandeln, dass sie allein zurechtkommt. <sup>4</sup>Die Akutbehandlung ist grundsätzlich nicht als Überbrückung zur ambulanten Psychotherapie nach §§ 19 oder § 20 gedacht, wobei eingeschlossen ist, einen Wechsel von der Akutbehandlung zur ambulanten Psychotherapie nach den §§ 19 oder § 20 zu ermöglichen.

18.2.2 <sup>1</sup>Für Aufwendungen für eine psychotherapeutische Sprechstunde enthält die BBhV keine gesonderte Erstattungsnorm. <sup>2</sup>Bei diesem neuen Instrument handelt es sich um eine spezielle Regelung für den GKV-Bereich, um entsprechend dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gesetzlich Versicherten eine zeitnahe Terminvereinbarung und insgesamt eine Verringerung der Wartezeiten zu gewährleisten. <sup>3</sup>Für den Bereich der Beihilfe als Erstattungssystem für entstandene Aufwendungen bedarf es keiner Regelung. <sup>4</sup>Im Falle der Abrechnung einer „psychotherapeutischen Sprechstunde“ ist es für die Festsetzungsstellen nicht nachvollziehbar, ob es sich um psychotherapeutische Sprechstunden oder um probatorische Sitzungen handelt. <sup>5</sup>Durch die Beibehaltung der bisherigen Höchstzahl der probatorischen Sitzungen in der BBhV werden beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen nicht schlechter gestellt als gesetzlich Versicherte (die Anzahl der psychotherapeutischen Sprechstunden plus verringerter Anzahl der probatorischen Sitzungen entsprechen in etwa den bisherigen Höchstsätzen). <sup>6</sup>Im Übrigen kann die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden durchzuführende diagnostische Abklärung auch innerhalb der probatorischen Sitzungen erfolgen.

### **18.3 Zu Absatz 3**

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten müssen zusätzlich zu dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter mit dem Formblatt 4 nach [Anhang 2](#) den erforderlichen Konsiliarbericht einer Ärztin oder eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes) einholen.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 18a – Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie**

18a.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

18a.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

18a.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person bereits eine Leistungszusage auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben. <sup>2</sup>Entspricht die Leistungszusage nicht dem beihilferechtlich möglichen Umfang oder ist sie ganz versagt worden, kann das beihilferechtliche Voranerkennungsverfahren daneben durchgeführt werden.

18a.4 **Zu Absatz 4**

18a.4.1 Die Liste der Gutachterinnen und Gutachter ist vertraulich und daher in dem passwortgeschützten Bereich auf der Internetseite des Bundesverwaltungsamts (<https://www.bva.bund.de>) unter der Rubrik „Dienstleistungen, Beihilfe, Gutachterliste Services, > Bundesbedienstete, > Gesundheit und Vorsorge, > Beihilfe, > Gutachterliste“ hinterlegt.

18a.4.2 <sup>1</sup>Gutachterinnen oder Gutachter erstellen im Auftrag der Festsetzungsstelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewerten die Angaben der Ärztin, des Arztes, der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeutin oder Therapeut genannt); dabei sind die Formblätter 2 und 3 nach Anhang 2 zu verwenden. <sup>2</sup>Die Einreichung der Unterlagen an die Gutachterin oder den Gutachter hat in pseudonymisierter Form zu erfolgen. <sup>3</sup>Die Festsetzungsstelle vergibt an die beihilfeberechtigte Person einen von ihr festgelegten Pseudonymisierungscode. <sup>4</sup>Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Pseudonymisierungscode zu verwenden.

18a.4.3 <sup>1</sup>Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle das Formblätter 1 und 2 nach Anhang 2 ausgefüllt vorzulegen. <sup>2</sup>Außerdem hat die beihilfeberechtigte Person oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf dem Formblatt 3 nach Anhang 2 einen Bericht für die Gutachterin oder den Gutachter zu erstellen.

- 18a.4.4 Die Therapeutin oder der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 3 nach Anhang 2 und ggf. das Formblatt 4 nach Anhang 2 in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person, der Patientin oder des Patienten.
- 18a.4.5 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 5 nach Anhang 2 eine Gutachterin oder einen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 6 nach Anhang 2 und leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),
  - das ausgefüllte Formblatt 2 nach Anhang 2 (als Kopie),
  - das Formblatt 6 nach Anhang 2 in dreifacher Ausfertigung,
  - einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- 18a.4.6 <sup>1</sup>Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme auf dem Formblatt 6 nach Anhang 2 – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. <sup>2</sup>Diese leitet eine Ausfertigung an die Therapeutin oder den Therapeuten weiter. <sup>3</sup>Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 7 nach Anhang 2 oder deren Ablehnung.
- 18a.4.7 <sup>1</sup>Legt die beihilfeberechtigte Person gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Zweitgutachten einholen. <sup>2</sup>Zu diesem Zweck hat die beihilfeberechtigte Person oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den "Erstbericht" an die Gutachterin oder den Gutachter auf dem Formblatt 2 nach Anhang 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle, der Gutachterin oder des Gutachters eingegangen werden sollte. <sup>3</sup>Die Therapeutin oder der Therapeut soll den ergänzenden Bericht sowie alle bisherigen Unterlagen zum vorherigen Gutachten in einem im verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die nach § 12 Absatz 16 der Psychotherapie-Vereinbarung für die Erstellung von Zweitgutachten bestellte Gutachterin oder bestellten Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person, der Patientin oder des Patienten. <sup>4</sup>Ein Zweitgutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters abgelehnt wurde, weil die Therapeutin oder der Therapeut die in Anlage 3 zur BBhV aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.
- 18a.4.8 <sup>1</sup>Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle eine geeignete Obergutachterin oder einen geeigneten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens. <sup>2</sup>Die Festsetzungsstelle leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),
- Kopie des Psychotherapiegutachtens,
- einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

<sup>3</sup>Ist die oder der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachterin oder Gutachter gleichzeitig Obergutachterin oder Obergutachter, ist eine andere Obergutachterin oder ein anderer Obergutachter einzuschalten.

18a.4.9 Die oder der nach § 12 Absatz 16 der Psychotherapie-Vereinbarung für die Erstellung von Zweitgutachten bestellte Gutachterin oder bestellte Gutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme hilft die Festsetzungsstelle dem Widerspruch ab (§ 72 Verwaltungsgerichtsordnung [VwGO]) oder der beihilfeberechtigten Person wird ein Widerspruchsbescheid erteilt (§ 73 Absatz 1 VwGO).

18a.4.10 <sup>1</sup>Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den von der Therapeutin oder dem Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht auf dem Formblatt 3 nach Anhang 2 mit einem Freiumschlag der Gutachterin oder dem Gutachter zu, welche oder welcher das Erstgutachten erstellt hat. <sup>2</sup>Dabei ist das Formblatt 6 nach Anhang 2 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. <sup>3</sup>Im Übrigen gelten die Nummern 18a.4.5 bis 18a.4.8 entsprechend.

18a.4.11 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachterinnen und Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachterinnen, Gutachtern, oder den nach § 12 Absatz 16 der Psychotherapie-Vereinbarung bestellten Gutachterinnen im Rotationsverfahren zuzuleiten.

18a.4.12 Die Festsetzungsstelle trägt die Kosten des Gutachtens in Höhe von 50 Euro und des Zweitgutachtens in Höhe von 85 Euro jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, sowie die Aufwendungen für die Abrechnung der Nummer 808 der Anlage zur GOÄ für die Einleitung des Gutachterverfahrens.

18a.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

18a.6 **Zu Absatz 6**  
(unbesetzt)

[←zurück](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 19 – Psychoanalytisch begründete Verfahren**

### **19.1 Zu Absatz 1**

<sup>1</sup>Ein „Krankheitsfall“ umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode. <sup>2</sup>Der Begriff des Krankheitsfalls ist daher enger als der des Behandlungsfalls im Sinne des SGB V.

### **19.2 Zu Absatz 2** (unbesetzt)

### **19.3 Zu Absatz 3** (unbesetzt)

### **19.4 Zu Absatz 4**

<sup>1</sup>Mehrkosten für die Einbeziehung einer Bezugsperson sind nur beihilfefähig, wenn im Gutachten angegeben ist, dass und in welchem Umfang eine Einbeziehung von Bezugspersonen notwendig ist. <sup>2</sup>Ist im Fall von § 19 Absatz 4 Satz 1 für die Einbeziehung von Bezugspersonen eine höhere Anzahl als ein Viertel der vorgesehenen Sitzungen für eine Einzelbehandlung oder die Hälfte der vorgesehenen Sitzungen für eine Gruppenbehandlung erforderlich, so werden die über § 19 Absatz 4 Satz 1 hinausgehenden Sitzungen auf die Sitzungen für Einzel- oder Gruppenbehandlung nach § 19 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

### **19.5 Zu Absatz 5** (unbesetzt)

### **19.6 Zu Absatz 6** (unbesetzt)

[→ nach oben](#)

←zurück

**Zu § 20 – Verhaltenstherapie**

20.1 **Zu Absatz 1**

Der Begriff des „Krankheitsfalls“ ist derselbe wie in § 19 Absatz 1 Satz 1 (Nummer 19.1).

20.2 **Zu Absatz 2**

Nummer 19.4 gilt entsprechend.

20.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

20.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 21 – Psychosomatische Grundversorgung**

21.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

21.2 **Zu Absatz 2**

Der Begriff des „Krankheitsfalls“ ist derselbe wie in § 19 Absatz 1 Satz 1 (Nummer 19.1).

21.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Die ambulante psychosomatische Nachsorge ist keine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 19 bis 21 und bedarf daher keines Gutachterverfahrens. <sup>2</sup>Die Aufwendungen sind angemessen bis zur Höhe der Vergütung, die von den Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind.

→ nach oben

←zurück

## Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen

### **Zu § 22 – Arznei- und Verbandmittel**

#### **22.1 Zu Absatz 1**

22.1.1 <sup>1</sup>Die Verordnung nach Absatz 1 muss grundsätzlich vor dem Kauf des Arznei- oder Verbandmittels erfolgen. <sup>2</sup>Eine Ausnahme ist nur zulässig, wenn auf Grund der Art der Erkrankung ein sofortiger Kauf medizinisch notwendig war. <sup>3</sup>Gewährte zuordnungsfähige Rabatte sind zu berücksichtigen.

22.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der Ärztin, des Arztes, der Zahnärztin oder des Zahnarztes erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

22.1.3 <sup>1</sup>Packungsgröße und Anzahl der Packungen der Arznei- und Verbandmittel ergeben sich aus der ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung. <sup>2</sup>Auch bei einer Abgabe zu unterschiedlichen Zeitpunkten bleiben die Aufwendungen beihilfefähig, solange die insgesamt verordnete Menge nicht überschritten wird.

#### **22.2 Zu Absatz 2**

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Präparate für Notfallkontrazeptiva ist bei entsprechender ärztlicher Verordnung von Absatz 2 Nummer 6 umfasst.

#### **22.3 Zu Absatz 3**

22.3.1 <sup>1</sup>Festbeträge werden nur für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel gebildet. <sup>2</sup>Insofern stehen den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen genügend andere Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbaren und gleichwertigen Wirkstoffen zur Verfügung.

22.3.2 <sup>1</sup>Grundlage für die Ermittlung des beihilfefähigen Festbetrags bildet die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 35 Absatz 8 SGB V aus den Arzneimittelgruppen zu erstellende und bekannt zu gebende Übersicht über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel, die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) veröffentlicht wird.

22.3.3 <sup>1</sup>Die Einschränkung der Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen über § 22 Absatz 3 BBhV ist eine reine Wirtschaftlichkeitsregelung. <sup>2</sup>Im Regelfall ist davon auszugehen, dass bei Verabreichung eines Wirkstoffs, der einer Festbetragsgruppe angehört, ein angemessenes und wirtschaftliches Portfolio an Arzneimitteln zur Verfügung steht. <sup>3</sup>Wenn aber aus medizinischen Gründen in seltenen

Ausnahmefällen tatsächlich nur ein Arzneimittel außerhalb der Festbetragsgruppe mit einem erhöhten Apothekenabgabepreis in Frage kommt, ist Absatz 3 nicht anwendbar. <sup>4</sup>Dies kann insbesondere in Fällen zutreffen, in denen die aus der Festbetragsgruppe zur Verfügung stehenden Medikamente unverträglich sind. <sup>5</sup>Das ist insbesondere dann der Fall, wenn

- zum Festbetrag erhältliche Arzneimittel unerwünschte Nebenwirkungen verursachen, die über bloße Unannehmlichkeiten oder Befindlichkeitsstörungen hinausgehen und damit die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit erreichen oder
- es im konkreten Einzelfall nicht zumutbar ist, weitere langwierige Therapieversuche mit allen anderen in Betracht kommenden Festbetragsmedikamenten zu absolvieren, nachdem mit einem nicht zur Festbetragsgruppe gehörenden Arzneimittel ein lebenswichtiger Therapieerfolg erzielt werden konnte.

<sup>6</sup>Der Ausnahmefall ist durch eine ärztlich fundierte Stellungnahme der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes zu belegen. <sup>7</sup>Die übrigen Voraussetzungen zur Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln bleiben unberührt.

22.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

22.5 **Zu Absatz 5**

Ausnahmefälle für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zur enteralen Ernährung (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) liegen insbesondere vor bei:

- Ahornsirupkrankheit,
- Colitis ulcerosa,
- Kurzdarmsyndrom,
- Morbus Crohn,
- Mukoviszidose,
- Phenylketonurie,
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom),
- Tumortherapien (auch nach der Behandlung),
- postoperativer Nachsorge,
- angeborene Defekte im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
- angeborene Enzymdefekte, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
- AIDS-assoziierten Diarrhöen,
- Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- Niereninsuffizienz,
- multipler Nahrungsmittelallergie.

22.6 **Zu Absatz 6**  
(unbesetzt)

**→ nach oben**

←zurück

## **Zu § 23 – Heilmittel**

### **23.1 Zu Absatz 1**

23.1.1 <sup>1</sup>Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die in Anlage 10 aufgeführten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in ihrem Beruf erbringen. <sup>2</sup>Zu den staatlich anerkannten Sprachtherapeutinnen oder staatlich anerkannten Sprachtherapeuten gehören auch Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten mit Bachelor- oder Masterabschluss. <sup>3</sup>Unter die medizinischen Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen fallen auch die Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen nach Anlage 10 Nummer 2 Buchstabe g Doppelbuchstabe aa.

23.1.2 Behandlungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Tui Na, Qi Gong, Shiatsu, Akupressur und Ähnliches, gehören nicht zu den Heilmitteln der Anlage 9.

23.1.3 Bei den in Anlage 9 aufgeführten Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge, die unter Umständen im Einzelfall nicht vollständig kostendeckend sind.

23.1.4 Im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen für gesondert in Rechnung gestellte Heilmittel nach Maßgaben der Anlagen 9 und 10 beihilfefähig.

23.1.5 <sup>1</sup>Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen (z. B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und Einrichtungen nach Nummer 32.2.2), sind Aufwendungen für Heilmittel nur beihilfefähig, soweit sie durch eine in Anlage 10 genannten Person verabreicht werden und die in Anlage 9 genannten Höchstbeträge nicht überschritten sind. <sup>2</sup>Art und Umfang der verabreichten Heilmittel sind nachzuweisen. <sup>3</sup>Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilmittel oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig. <sup>4</sup>Wird an Stelle der Einzelleistung ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 14 Euro beihilfefähig.

23.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 24 – Komplextherapie und integrierte Versorgung**

### **24.1 Zu Absatz 1**

24.1.1 <sup>1</sup>Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und ggf. nichtärztliches Personal durchgeführt werden. <sup>2</sup>Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. <sup>3</sup>Zu den Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien (Pauschalabrechnung), ambulante kardiologische Therapien, Behandlung chronischer Wunden in Wundzentren, Diabetikerschulungen, Adipositaschulungen, Neurodermitisschulungen, sozialmedizinische Nachsorgeleistungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). <sup>4</sup>Keine Komplextherapien sind psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapien. <sup>5</sup>Deren Beihilfefähigkeit richtet sich nach den §§ 27 und 30.

24.1.2 Die angemessene Höhe entspricht der Höhe der Vergütung, die von den Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen zu tragen sind.

24.1.3 Sofern Komplextherapien im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungstherapien) erbracht werden, richtet sich die Beihilfefähigkeit nach den §§ 34 bis 36.

### **24.2 Zu Absatz 2 (unbesetzt)**

### **24.3 Zu Absatz 3**

24.3.1 <sup>1</sup>Die integrierte Versorgung ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (Krankenhäuser, ambulante ärztliche Versorgung, Heilmittelerbringer usw.). <sup>2</sup>Zur integrierten Versorgung gehören unter anderem auch Leistungen, die das „Netzwerk psychische Gesundheit“ erbringt.

24.3.2 Maßgebend für die Anerkennung der Pauschalbeträge ist die auf der Rechnung vermerkte Vertragsgrundlage der Abrechnung für die durchgeführte Behandlung.

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 25 – Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke**

### **25.1 Zu Absatz 1**

25.1.1 <sup>1</sup>Die Anlagen 11 und 12 enthalten Oberbegriffe, die mehrere Ausführungen erfassen können. <sup>2</sup>Angesichts der Vielzahl und der schnellen Entwicklung neuer Produkte ist ein vollständiges Verzeichnis aller Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke oder sogar aller Modelle und Modellvarianten weder möglich noch zweckmäßig. <sup>3</sup>Es muss daher in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Gegenstand unter einen der Oberbegriffe der Anlagen 11 oder 12 fällt.

25.1.2 <sup>1</sup>Das vom Finanzministerium Rheinland-Pfalz als Online-Datenbank geführte „Hilfsmittelverzeichnis“ ([www.fm.rlp.de/de/themen/verwaltung/finanziellesdienstrecht/beihilfe/hilfsmittelverzeichnis/](http://www.fm.rlp.de/de/themen/verwaltung/finanziellesdienstrecht/beihilfe/hilfsmittelverzeichnis/)) kann mit seinen Erläuterungen für die Praxis nützliche Erläuterungen zur Funktionsweise und einen Anhaltspunkt für die Subsumierung unter die Oberbegriffe der Anlagen 11 und 12 geben. <sup>2</sup>Die Festsetzungsstellen sind an Eintragungen im Hilfsmittelverzeichnis jedoch rechtlich nicht gebunden. <sup>3</sup>Maßgebliche Rechtsgrundlage für die Beihilfefestsetzung ist die BBhV.

25.1.3 <sup>1</sup>Im Regelfall ergibt sich die Erforderlichkeit aus der ärztlichen Verordnung und bedarf daher keiner näheren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. <sup>2</sup>Hat die Festsetzungsstelle jedoch Zweifel, ist sie nicht gehindert, zusätzliche Ermittlungen anzustellen, z. B. Anforderung einer näheren Begründung bei der behandelnden Ärztin, dem behandelnden Arzt oder Einholung eines fachärztlichen Gutachtens. <sup>3</sup>Das gilt insbesondere dann, wenn sie Anhaltspunkte dafür hat, dass ein gleichwertiger Erfolg auch mit einem preisgünstigeren Hilfsmittel erreicht werden kann. <sup>4</sup>Bestätigt sich das, sind die Mehrkosten für das aufwendigere Hilfsmittel nicht „erforderlich“ im Sinne von Absatz 1 Satz 1.

25.1.4 <sup>1</sup>Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände ein. <sup>2</sup>Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie der Körperersatzstücke sind ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

25.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

### **25.3 Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Der Vergleich von Miete und Anschaffung sollte auf Grundlage des ärztlich verordneten zeitlichen Rahmens der Behandlung erfolgen. <sup>2</sup>Versorgungspauschalen für gemietete Hilfsmittel sind grundsätzlich als Teil der Miete anzusehen. <sup>3</sup>Soweit einzelne Positionen als nicht beihilfefähig erkennbar sind, sind diese in Abzug zu bringen.

### **25.4 Zu Absatz 4**

(unbesetzt)

25.5 **Zu Absatz 5**

(unbesetzt)

**→ nach oben**

[←zurück](#)

## **Zu § 26 – Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern**

### **26.1 zu Absatz 1**

- 26.1.1 Neben den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen sind auch die berechenbaren Zuschläge und Zusatzentgelte entsprechend dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) beihilfefähig (z. B. DRG-Systemzuschlag).
- 26.1.2 Die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses kann bis zur Höhe von 13 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes erforderlich ist.
- 26.1.3 <sup>1</sup>Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die Kosten des Zweibettzimmers der jeweiligen Abteilung als beihilfefähig anerkannt. <sup>2</sup>Gesondert berechenbare Komfortleistungen sind nicht beihilfefähig.
- 26.1.4 Wird als Wahlleistung die Unterbringung in dem günstigsten Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber einem Zweibettzimmer nicht beihilfefähig.
- 26.1.5 Wahlleistungen nach Nummer 5 sind gemäß § 17 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vor ihrer Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
- 26.1.6 Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

### **26.1 zu Absatz 2**

- 26.1.1 Eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V wird durch ein leistungserbringendes Krankenhaus sowie alle an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer erbracht.
- 26.1.2 <sup>1</sup>Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst eine komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten, wobei auch Teilleistungen genutzt werden können, die in der Klinik erbracht werden. <sup>2</sup>Ziele sind neben der Symptomreduktion eine Steigerung der Lebensqualität und die Ermöglichung eines so weit wie möglich selbstbestimmten Lebens der Betroffenen mit größtmöglicher Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, unter anderem durch die Verbesserung psychosozialer Funktionen, Förderung der Fähigkeit zur selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung, Stärkung im Umgang mit Symptomen, Reduktion von Beeinträchtigungen und die Förderung sozialer Integration,

Förderung des Wissens über die Erkrankung, Aufbau von Selbstmanagementstrategien sowie umfassende Gesundheitsförderung einschließlich der Stärkung von Gesundheitsverhalten. <sup>3</sup>Weitere Ziele sind die Reduzierung von Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der Patientin oder des Patienten, insbesondere Zwangsmaßnahmen, sowie von Aggression und Gewalt.

26.1.3 <sup>1</sup>Voraussetzung für die Durchführung stationsäquivalenter Behandlung ist eine bestehende Indikation für eine stationäre Behandlung. <sup>2</sup>Diese Indikation kann sich aus der Erkrankung ergeben, im Speziellen aus der besonderen Lebenssituation der Patientin oder des Patienten und ihren oder seinen Präferenzen.

26.1.4 Das multiprofessionelle Team umfasst psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte (mit Sicherstellung des Facharztstandards für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde) und der Gesundheits- und Krankenhauspflege sowie aus zumindest einer der folgenden Berufe: Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter, Psychologinnen oder Psychologen, Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und oder Bewegungstherapeuten oder anderen Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten.

**→ nach oben**

←zurück

## **Zu § 26a – Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung**

### **26a.1 Zu Absatz 1**

26a.1.1 <sup>1</sup>Bei der Errechnung des beihilfefähigen Höchstbetrages ist jeweils auf den Behandlungsfall abzustellen. <sup>2</sup>Bei der Berechnung ist immer die Fallpauschale der Hauptabteilung zugrunde zu legen, unabhängig davon, ob es sich um eine belegärztliche Behandlung handelt. <sup>3</sup>Die tatsächliche Verweildauer in der Klinik ist unbeachtlich.

26a.1.2 Die von den Kliniken in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist grundsätzlich beihilfefähig und kann bis zum errechneten beihilfefähigen Höchstbetrag berücksichtigt werden.

26a.1.3 Für die Zuordnung des Behandlungsfalls nach Nummer 2 ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

26a.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

26a.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

26a.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

26a.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

→ nach oben

[←zurück](#)

## **Zu § 27 – Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit**

### **27.1 Zu Absatz 1**

- 27.1.1 Die ärztliche Verordnung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
- 27.1.2 Bei Prüfung des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts ist es ausreichend, wenn die Pflegedienstleister bestätigen, dass die abgerechneten Sätze ortsüblich sind und in dieser Höhe auch gegenüber der GKV abgerechnet werden.
- 27.1.3 <sup>1</sup>Andere geeignete Orte für eine häusliche Krankenpflege sind Orte, an denen sich die oder der zu Pflegenden regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. <sup>2</sup>Solche Orte können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.

### **27.2 Zu Absatz 2**

- 27.2.1 <sup>1</sup>Als Behandlungspflege gelten Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte oder Pflegekräfte delegiert werden können. <sup>2</sup>Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen, Beatmungspflege, Blasenspülung, Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Dekubitusbehandlung.
- 27.2.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für Behandlungspflege sind auch für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in stationären Pflegeeinrichtungen beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. <sup>2</sup>Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, z. B. bei erforderlicher Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht.
- 27.2.3 <sup>1</sup>Grundpflege umfasst die Grundverrichtungen des täglichen Lebens. <sup>2</sup>Dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
- 27.2.4 <sup>1</sup>Als hauswirtschaftliche Versorgung gelten Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind. <sup>2</sup>Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Besorgung von Arzneimitteln, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Müllentsorgung, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.
- 27.2.5 Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro-tracheale Sekretabsaugung beim Waschen, Duschen oder Baden,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Darm- oder Blasenentleerung,
- Oro-tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf beim Aufstehen oder Zubettgehen,
- An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens,
- Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger).

27.2.6 Maßnahmen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege sind:

- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

27.2.7 Für denselben Zeitraum ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen, es sei denn, die Maßnahmen ergänzen ihre jeweils spezifische Zielsetzung.

27.2.8 <sup>1</sup>Ambulante Palliativversorgung beinhaltet, dass beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung sowohl medizinisch als auch pflegerisch betreut werden. <sup>2</sup>Insbesondere erfolgt eine Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt (Wundkontrolle und -behandlung bei exazerbierenden Wunden; Krisenintervention z. B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen bei Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation). <sup>3</sup>Aufwendungen der ambulanten Palliativversorgung sind nicht neben Aufwendungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) beihilfefähig.

27.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

27.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

27.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

27.6 **Zu Absatz 6**  
(unbesetzt)

**→ nach oben**

[←zurück](#)

## **Zu § 28 – Familien- und Haushaltshilfe**

### **28.1 Zu Absatz 1**

28.1.1 Die Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 1 der außerhäuslichen Unterbringung ist auch dann als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.

28.1.2 <sup>1</sup>Als Inanspruchnahme einer nach dieser Verordnung beihilfefähigen Leistung zählt auch eine ärztlich bescheinigte, notwendige Begleitung eines Beihilfeberechtigten oder einer berücksichtigungsfähigen Person zu einer beihilfefähigen stationären Maßnahme. <sup>2</sup>Demnach sind Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe insbesondere dann als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die den Haushalt führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung der Amtsärztin, des Amtsarztes oder der von der Festsetzungsstelle beauftragten Ärztin oder des beauftragten Arztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

28.1.3 <sup>1</sup>Die Voraussetzungen des Satzes 1 Nummer 3 sind auch dann nicht erfüllt, wenn eine Person, die unter Satz 1 Nummer 2 fällt, den Haushalt weiterführen kann. <sup>2</sup>Führt beispielsweise eine in Pflegegrad 2 eingestufte beihilfeberechtigte Person nach einer Heimunterbringung der haushaltführenden Person den Haushalt selbst über Jahre hinweg fort, handelt es sich nicht um einen Fall des Satzes 1 Nummer 3 und ein Anspruch scheidet aus.

28.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

28.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

28.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

28.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

←zurück

## **Zu § 29 – Familien- und Haushaltshilfe im Ausland**

### **29.1 Zu Absatz 1**

Für beihilfeberechtigte Personen nach § 3 bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Entgeltsätzen.

### **29.2 Zu Absatz 2** (unbesetzt)

### **29.3 Zu Absatz 3** (unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

### **Zu § 30 – Soziotherapie**

<sup>1</sup>Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a SGB V in Verbindung mit der Soziotherapie-Richtlinie. <sup>2</sup>Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den geschlossenen Verträgen des § 132b SGB V i. V. m. § 6 Absatz 3 Satz 3.

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 30a – Neuropsychologische Therapie**

### **30a.1 Zu Absatz 1**

Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiver) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit des oder der Hirngeschädigten oder Hirnerkrankten).

### **30a.2 Zu Absatz 2 (unbesetzt)**

### **30a.3 Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Eine Nummer für die Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Therapie ist im Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht enthalten. <sup>2</sup>Die Therapie kann daher nur in analoger Anwendung abgerechnet werden. <sup>3</sup>Hierfür kommen insbesondere die Nummern 849, 860, 870, 871 der Anlage zur GOÄ in Betracht. <sup>4</sup>Aufwendungen für eine Behandlungseinheit als Einzelbehandlung sind beihilfefähig bis zur Höhe des Betrages entsprechend der Nummer 870 der Anlage zur GOÄ.

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 31 – Fahrtkosten**

31.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

31.2 **Zu Absatz 2**

31.2.1 <sup>1</sup>Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt, in den Fällen des Satzes 3 die dort genannte Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer mit der Verordnung der Beförderung. <sup>2</sup>Aufwendungen für die Hin- und Rückfahrt sind gesondert zu prüfen. <sup>3</sup>Dabei sind insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand und die Gehfähigkeit der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Neben den in Satz 2 Nummer 1 genannten Ausnahmefällen können auch bei einer nur vorübergehende Beeinträchtigung der Mobilität, sofern die Art der vorübergehenden Einschränkungen mit den Kriterien nach Satz 2 Nummer 1 vergleichbar sind, Fahrtkosten erstattet werden.

31.2.2 Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.  
<sup>2</sup>Nächstgelegene geeignete Behandlungsmöglichkeit muss nicht zwangsläufig das nächstgelegene Krankenhaus sein.

31.2.3 Aufwendungen für Taxi-Wartekosten für medizinisch notwendige Fahrten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, es sei denn, dass das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt.

31.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Die Ausnahmeregelung in Nummer 2 Satz 2 soll in den Ausnahmefällen, in denen eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht erfolgen kann, die Möglichkeit eröffnen, Fahrtkosten zu erstatten. <sup>2</sup>Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.

31.4 **Zu Absatz 4**

Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können.

31.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 32 – Unterkunftskosten**

### **32.1 Zu Absatz 1**

Eine auswärtige Behandlung ist nur dann notwendig, wenn die Behandlung nicht oder nicht mit gleicher Erfolgsaussicht am Wohnort erfolgen kann.

### **32.2 Zu Absatz 2**

32.2.1 Absatz 2 setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung voraus.

32.2.2 <sup>1</sup>Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und Behinderten dienen, können insbesondere Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangsheime für Suchtkranke sein. <sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass die Unterbringung anlässlich der Anwendung von Heilmitteln nach § 23 erforderlich ist.

32.2.3 <sup>1</sup>Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für die Unterbrechungen durch Krankheit der oder des Behandelten erhoben werden, sind bis zu insgesamt 5,50 Euro täglich beihilfefähig. <sup>2</sup>Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person der behandelten Person liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.

### **32.3 Zu Absatz 3** (unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

### **Zu § 33 – Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten**

<sup>1</sup>Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn kann es in Ausnahmefällen erfordern, eine Beihilfe zu den Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach den jeweiligen Bemessungssätzen zu erstatten (BVerfG, Urteil vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98 –).

<sup>2</sup>Diese Verpflichtung besteht konkret dann, wenn

- sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer bestimmten Krankheit noch nicht herausgebildet hat,
- ein allgemein anerkanntes Heilverfahren (z. B. wegen einer Kontraindikation) nicht angewendet werden darf oder
- ein solches bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist.

<sup>3</sup>Es ist somit nicht erforderlich, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit der Heilung, der Verlängerung der Lebensdauer oder der Verbesserung der Lebensqualität besteht. <sup>4</sup>Eine reale Chance reicht aus. <sup>5</sup>Die Festsetzungsstelle kann dazu auf ihre Kosten eine ärztliche Stellungnahme einholen.

→ nach oben

[←zurück](#)

## Abschnitt 3 Rehabilitation

### **Zu § 34 – Anschlussheil- und Suchtbehandlungen**

#### **34.1 Zu Absatz 1**

34.1.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen im Ausland beurteilen sich nach § 34 in Verbindung mit § 11. <sup>2</sup>Vergleichbare Einschränkungen im Inland gelten sinngemäß. <sup>3</sup>Demnach sind beispielsweise Maßnahmen in Einrichtungen mit Hotelcharakter nicht beihilfefähig.

34.1.2 Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem der Anschlussrehabilitation.

34.1.3 <sup>1</sup>Eine Anschlussheilbehandlung schließt sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung, eine ambulante Operation, Strahlen- oder Chemotherapie an. <sup>2</sup>Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

#### **34.2 Zu Absatz 2**

34.2.1 Die Vorschrift sieht die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen sowohl für stationäre als auch für ambulante Maßnahmen vor.

34.2.2 Aufwendungen für die ambulante Nachsorge sind grundsätzlich angemessen, wenn sie nach einer Bestätigung der Einrichtung in gleicher Höhe auch von der GKV getragen werden.

34.2.3 Behandlungen der Nikotinsucht sind keine Suchtbehandlungen nach § 34 Absatz 2 BBhV.

#### **34.3 Zu Absatz 3**

34.3.1 Die Notwendigkeit einer Verlängerung der Maßnahme ist von der durchführenden Einrichtung festzustellen.

34.3.2 <sup>1</sup>Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle bei Suchtbehandlungen dient dem Schutz der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen und der Rechtssicherheit, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, vor Entstehung der regelmäßig hohen Aufwendungen auf etwaige Bedenken gegen deren Notwendigkeit und Angemessenheit hinzuweisen. <sup>2</sup>Sofern in begründeten Ausnahmefällen, z. B. wegen Eilbedürftigkeit einer Maßnahme, eine vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle nicht eingeholt werden kann, kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

#### **34.4 Zu Absatz 4 (unbesetzt)**

34.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

**→ nach oben**

[←zurück](#)

## **Zu § 35 – Rehabilitationsmaßnahmen**

### **35.1 Zu Absatz 1**

#### **35.1.1 Zu Absatz 1 Nummer 1**

<sup>1</sup>Aufwendungen für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland beurteilen sich nach § 35 in Verbindung mit § 11. <sup>2</sup>Vergleichbare Einschränkungen wie im Inland gelten sinngemäß. <sup>3</sup>Demnach sind beispielsweise Maßnahmen in Einrichtungen mit Hotelcharakter nicht beihilfefähig.

#### **35.1.2 Zu Absatz 1 Nummer 2**

35.1.2.1 Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Mutter-Kind oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme ist, dass Mutter oder Vater erkrankt ist.

35.1.2.2 <sup>1</sup>Für Kinder, die bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind deren Aufwendungen in voller Höhe der Mutter oder dem Vater zuzurechnen. <sup>2</sup>Aufwendungen der Kinder werden diesen nur zugerechnet, wenn sie neben Mutter oder Vater selbst auch behandlungsbedürftig sind. <sup>3</sup>Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme, sondern um eine stationäre Rehabilitation des Kindes.

35.1.2.3 <sup>1</sup>Eine gesetzliche Regelung bezüglich der Altersgrenze für Kinder gibt es nicht. <sup>2</sup>Es ist immer eine Prüfung im Einzelfall angezeigt. <sup>3</sup>Nach der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes besteht in der Regel die Möglichkeit zur Mitaufnahme für Kinder bis zwölf Jahre, in besonderen Fällen bis 14 Jahre. <sup>4</sup>Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

#### **35.1.3 Zu Absatz 1 Nummer 3**

<sup>1</sup>Ziel der familienorientierten Rehabilitation nach Nummer 3 ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. <sup>2</sup>Bei ärztlich verordneter familienorientierter Rehabilitation nach Nummer 3 ist kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich. <sup>3</sup>In Ausnahmefällen sind auch Aufwendungen für eine familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme bei verwaisten Familien (Versterben eines Kindes) in dafür spezialisierten Einrichtungen beihilfefähig. <sup>4</sup>Zwar ist Trauer als solche keine Krankheit, jedoch sind Situationen vorstellbar, in denen Trauer Krankheitswert erreichen kann. <sup>5</sup>Voraussetzung ist dann neben der ärztlichen Verordnung eine medizinische Stellungnahme. <sup>6</sup>Das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist auch hier zu beachten.

**35.1.4 Zu Absatz 1 Nummer 4**

35.1.4.1 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der Nummer 4 sind nur bei aktiven Beamtinnen und Beamten beihilfefähig.

35.1.4.2 <sup>1</sup>Soweit beihilfeberechtigte Personen die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem Heilbad oder Kurort im EU-Ausland beantragen, der nicht in Nummer 3 der Anlage 15 zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 BBhV enthalten ist, trifft die oberste Dienstbehörde die Entscheidung über die Anerkennung des Ortes als Heilbad oder Kurort. <sup>2</sup>Die beihilfeberechtigte Person hat Unterlagen, die zur Entscheidung beitragen, vorzulegen. <sup>3</sup>Die Anerkennung des Ortes als Heilbad oder Kurort ist dem BMI über die oberste Dienstbehörde mitzuteilen.

**35.1.5 Zu Absatz 1 Nummer 5**

35.1.5.1 Gesondert in Rechnung gestellte Verpflegungskosten sind nicht beihilfefähig.

35.1.5.2 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind auch beihilfefähig, wenn sie von Einrichtungen durchgeführt werden, die der stationären Rehabilitation dienen.

35.1.5.3 <sup>1</sup>Die ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahme umfasst auch die mobile Rehabilitation. <sup>2</sup>Die mobile Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation. <sup>3</sup>Bei der mobilen Rehabilitation werden die beihilfeberechtigten oder ihre berücksichtigungsfähigen Personen zu Hause behandelt. <sup>4</sup>Anfallende Fahrtkosten der mobilen Rehabilitation sind in Höhe der Nummer 64 der Anlage 9 zur BBhV beihilfefähig.

**35.1.6 Zu Absatz 1 Nummer 6**

35.1.6.1 <sup>1</sup>Beihilfefähig im Sinne dieser Vorschrift ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 ([www.kbv.de/media/sp/Rahmenvereinbarung\\_Rehasport.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvereinbarung_Rehasport.pdf)). <sup>2</sup>Folgeverordnungen sind nach ärztlicher Bescheinigung anzuerkennen.

35.1.6.2 Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für den Besuch eines Fitnessstudios oder allgemeine Fitnessübungen.

**35.2 Zu Absatz 2**

35.2.1 <sup>1</sup>Aus den Vorschriften über die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten ergibt sich, dass es den beihilfeberechtigten oder ihren berücksichtigungsfähigen Personen überlassen bleibt, welche Beförderungsmittel sie nutzen. <sup>2</sup>Der Höchstbetrag von 200 Euro gilt für die Fahrtkosten der Gesamtmaßnahme (An- und Abreise einschließlich Fahrtkosten einer notwendigen Begleitperson) und unabhängig vom benutzten Verkehrsmittel. <sup>3</sup>Mit der Bezugnahme auf das BRKG bei Benutzung

eines Kraftfahrzeugs wird lediglich die Höhe des beihilfefähigen Betrages je gefahrenen Kilometer entsprechend § 5 Absatz 1 BRKG (zzt. 20 Cent je km) geregelt. <sup>4</sup>Die darüber hinaus in § 5 Absatz 1 BRKG genannten Höchstbeträge von 130 Euro oder 150 Euro finden hier keine Anwendung.

- 35.2.2 <sup>1</sup>Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme bis zu 21 Tagen beihilfefähig. <sup>2</sup>Ergibt sich im Verlauf der stationären Rehabilitation, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der stationären Rehabilitation durch die Festsetzungsstelle auch auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens der in der Einrichtung behandelnden Ärztin oder des in der Einrichtung behandelnden Arztes erfolgen. <sup>3</sup>Satz 1 gilt nicht für die stationäre Rehabilitation bei Kindern.
- 35.2.3 Führen beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen zur selben Zeit und in derselben Einrichtung eine stationäre Rehabilitation durch, zählt dies bei Benutzung privater Personenkraftwagen als eine Fahrt.
- 35.2.4 Bei der Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme handelt es sich um „eine“ Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrtkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, wenn für das Kind gesonderte Fahrtkosten entstehen.
- 35.2.5 <sup>1</sup>Satz 2 Nummer 5 Buchstabe a dient der Klarstellung, dass lediglich die für die Behandlung erforderliche Unterbringung und Verpflegung beihilfefähig sind. <sup>2</sup>Beinhaltet der Tagessatz darüber hinaus Mehrkosten, die auf Wunsch der behandelten Person erbracht werden, sind diese nicht beihilfefähig.

**→ nach oben**

←zurück

## **Zu § 36 – Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen**

### **36.1 Zu Absatz 1**

36.1.1 Die Aufwendungen des für das Anerkennungsverfahren einzuholenden Gutachtens trägt die Festsetzungsstelle.

36.1.2 Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25 und 26 Absatz 1 Nummer 5 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

### **36.2 Zu Absatz 2** (unbesetzt)

### **36.3 Zu Absatz 3** (unbesetzt)

→ nach oben

[←zurück](#)

## **Kapitel 3 Aufwendungen in Pflegefällen**

### **Zu § 37 – Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen**

#### **37.1 Zu Absatz 1**

<sup>1</sup>Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist für die Pflegebedürftigen kostenfrei. <sup>2</sup>Aufwendungen für eine Pflegeberatung werden der Festsetzungsstelle vom Träger der Pflegeberatung in Rechnung gestellt und sind direkt an diesen zu zahlen, wenn die Pflegeberatung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte und die Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 erfüllt sind. <sup>3</sup>Der Bund hat mit der compass Private Pflegeberatung GmbH am 28. Juni 2013 einen Vertrag nach Satz 1 Nummer 2 geschlossen, wonach pro Beratungsgespräch eine Pauschale anfällt. <sup>4</sup>In Ausnahmefällen kann für eine beratungsbedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Pauschale mehrfach berechnet werden. <sup>5</sup>In Zweifelsfällen ist eine unmittelbare Abklärung durch die Festsetzungsstelle mit der compass GmbH möglich. <sup>6</sup>Die Pauschale kann auch dann an die compass Private Pflegeberatung GmbH geleistet werden, wenn die Pflegeberatung vor Ort in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu einem formlosen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung steht, auch wenn das entsprechende Formular nicht im Anschluss an die private Pflegeversicherung zurückgesandt wird. <sup>7</sup>Sobald der oder dem Beihilfeberechtigten eine abschlägige Leistungsmitteilung seiner privaten Pflegeversicherung vorliegt, ist eine Abrechnung der Beratung vor Ort nicht mehr erstattungsfähig. <sup>8</sup>Dies gilt nicht, wenn die beihilfeberechtigte Person, der mit einer begründeten Einwendung Widerspruch gegen die Einstufung bei seiner privaten Pflegeversicherung erhebt und dieser Widerspruch in analoger Anwendung des § 70 der VwGO innerhalb eines Monats erhoben wird. <sup>9</sup>Pflegeberatungen, die während der Zeit bis zum Abschluss dieses Widerspruchsverfahrens durchgeführt werden, sind durch die compass Private Pflegeberatung GmbH abrechenbar.

#### **37.2 Zu Absatz 2**

37.2.1 <sup>1</sup>Dem Antrag auf Beihilfe ist der Nachweis über die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 3 SGB XI beizufügen. <sup>2</sup>Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung stellt die Versicherung die Pflegebedürftigkeit, den Pflegegrad sowie den Leistungsbeginn fest (gesetzliche Verpflichtung). <sup>3</sup>Diese Feststellungen sind auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser von der Antragstellerin oder dem Antragsteller zugänglich zu machen (z. B. Abschrift des Gutachtens, ggf. schriftliche Leistungszusage der Versicherung). <sup>4</sup>Ohne einen derartigen Nachweis ist eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vgl. § 22 Verwaltungsverfahrensgesetz [VwVfG]).

- 37.2.2 <sup>1</sup>Besteht keine Pflegeversicherung, hat die Festsetzungsstelle ein Gutachten einzuholen, aus dem die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 4 SGB XI hervorgehen. <sup>2</sup>Die Beihilfe zu den pflegebedingten Aufwendungen wird, soweit in der BBhV nicht anders festgelegt, entsprechend dem Bemessungssatz für die pflegebedürftige Person nach § 46 gewährt. § 33 Absatz 1 SGB XI gilt hier für den Beginn des Beihilfeanspruchs entsprechend.
- 37.2.3 Erhebt die beihilfeberechtigte Person gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, der von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegegrad sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Unanfechtbarkeit der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist unter Berücksichtigung der Feststellung der Pflegeversicherung über den Widerspruch zu entscheiden.
- 37.2.4 <sup>1</sup>Aufwendungen im Zusammenhang mit der Beschäftigung und Betreuung in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind nur im Rahmen von § 39a beihilfefähig. <sup>2</sup>Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Förderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).

**→ nach oben**

←zurück

**Zu § 38 – Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen**  
(unbesetzt)

→ nach oben

## Zu § 38a – Häusliche Pflege

### 38a.1 Zu Absatz 1

38a.1.1 Die Aufwendungen für die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Satz 2 sind in Höhe des Anspruchs auf häusliche Pflegehilfe nach § 36 Absatz 3 SGB XI beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	689 Euro/Monat
3	1 298 Euro/Monat
4	1 612 Euro/Monat
5	1 995 Euro/Monat

38a.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für häusliche Pflege sind auch beihilfefähig, wenn pflegebedürftige Personen nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden. <sup>2</sup>Die außerhäusliche Pflege darf in diesen Fällen jedoch nicht in einer vollstationären Einrichtung (§ 39 BBhV) oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI erfolgen.

38a.1.3 <sup>1</sup>Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege nach § 27 sind gesondert beihilfefähig. <sup>2</sup>Zur Abgrenzung zwischen häuslicher Pflege und häuslicher Krankenpflege kann der Maßstab der privaten oder sozialen Pflegeversicherung herangezogen werden.

### 38a.2 Zu Absatz 2

38a.2.1 Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen pflegende Angehörige und vergleichbar nahestehende Pflegepersonen (z. B. Nachbarn, gute Freunde, gute Bekannte) entlasten. Die Angebote sind unterteilt in:

- Betreuungsangebote (z. B. Tagesbetreuung, Einzelbetreuung)
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden (z. B. durch Pflegebegleiter)
- Angebote zur Entlastung im Alltag (z. B. in Form praktischer Hilfen).

38a.2.2 <sup>1</sup>Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können bis zu 40 Prozent ihrer Ansprüche für Aufwendungen für häusliche Pflege in Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag umwandeln. <sup>2</sup>Die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI erfolgen unabhängig voneinander. <sup>3</sup>Ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen der Anwendung der 40-Prozent-Regelung und der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages gibt es nicht. <sup>4</sup>Die pflegebedürftige Person entscheidet somit selbst, wie sie die Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag finanziert.

### 38a.3 Zu Absatz 3

38a.3.1 <sup>1</sup>Der Anspruch auf Pauschalbeihilfe setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit der Pauschalbeihilfe die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung selbst sicherstellt. <sup>2</sup>Die Pauschalbeihilfe stellt kein Entgelt für erbrachte Pflegeleistungen dar, sondern ist eine Art Anerkennung für die von Angehörigen, Freunden oder anderen Menschen erbrachten Unterstützungs- und Hilfeleistungen.

38a.3.2 Pauschalbeihilfe wird in folgender Höhe zum jeweiligen Bemessungssatz geleistet:

Pflegegrad		Pauschalbeihilfe
2		316 Euro/Monat
3		545 Euro/Monat
4	728 Euro/Monat	
5	901 Euro/Monat	

38a.3.3 <sup>1</sup>Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach den §§ 26 und 26a, der stationären Rehabilitation nach den §§ 34 und 35 oder der stationären Pflege nach § 39 für Pflegebedürftige Personen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. <sup>2</sup>Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. <sup>3</sup>Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen

- einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§§ 26 und 26a),
- einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 27) oder
- einer stationären Rehabilitation (§§ 34 und 35).

<sup>4</sup>Bei einem Krankenhausaufenthalt oder einer stationären Rehabilitation beginnt die Vier-Wochen-Frist mit dem Aufnahmetag. <sup>5</sup>Bei einer Kürzung setzt die Leistung mit dem Entlassungstag wieder ein. <sup>6</sup>Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII Anwendung findet, wird die Pauschalbeihilfe oder anteilige Pauschalbeihilfe auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gewährt.

38a.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

38a.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

38a.6 **Zu Absatz 6**

38a.6.1 <sup>1</sup>Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die Pauschalbeihilfe beziehen, sind regelmäßige Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchzuführen:

- Pflegegrad 2 oder 3: halbjährlich,
- Pflegegrad 4 oder 5: vierteljährlich.

<sup>2</sup>Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1, die zu Hause versorgt werden, und pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die häusliche Pflegehilfe oder Kombinationsleistung aus häuslicher Pflegehilfe und Pauschalbeihilfe in Anspruch nehmen, können den Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB XI einmal pro Halbjahr freiwillig in Anspruch nehmen.

38a.6.2 Seit 1. Januar 2019 werden die Vergütungen für den Beratungsbesuch zwischen dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes und den Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften vereinbart, so dass es keine einheitlichen Pauschalen für den Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI mehr gibt.

**→ nach oben**

[←zurück](#)

### Zu § 38b – Kombinationsleistungen

#### 38b.1 Zu Absatz 1

Bei einer Kombination der Leistungen nach § 38a Absatz 1 und 3 bestimmt sich die Höhe der anteiligen Pauschalbeihilfe nach der dem Verhältnis der tatsächlichen zur höchstmöglichen Inanspruchnahme der Pflegesachleistung.

Beispiele:

1. <sup>1</sup>Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (649 Euro von 1 298 Euro) und das Pflegegeld (272,50 Euro von 545 Euro) in Anspruch. <sup>2</sup>Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 30 % von 649 Euro	=	194,70 Euro
	- zum Pflegegeld: 30 % von 272,50 Euro	=	81,75 Euro
	gesamt	=	276,45 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 70 % von 649 Euro	=	454,30 Euro
	- Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld: 272,50 Euro abzüglich Anteil der privaten Pflegeversicherung	=	190,75 Euro
	gesamt	=	645,05 Euro

2. <sup>1</sup>Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (649 Euro von 1 298 Euro) und das Pflegegeld (272,50 Euro von 545 Euro) in Anspruch. <sup>2</sup>Die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. <sup>3</sup>Als Person nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 50 % von 649 Euro	=	324,50 Euro
	- zum Pflegegeld: 50 % von 272,50 Euro	=	136,25 Euro
	gesamt	=	460,75 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: in gleicher Höhe wie die Leistung der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 46 Absatz 4)	=	324,50 Euro
	- Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld: 50 % von 440 Euro = 220 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 110 Euro	=	136,25 Euro
	gesamt	=	460,75 Euro

38b.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

38b.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Pflegebedürftige Person, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden erhalten neben den Leistungen nach § 39a anteilige Pauschalbeihilfe, wenn eine häusliche Pflege möglich ist. <sup>2</sup>Ist im häuslichen Bereich die Pflege (z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, kann Beihilfe nach Maßgabe des § 38c oder des § 38e gewährt werden. <sup>3</sup>Eine Anrechnung auf die Beihilfe nach § 39a ist nicht vorzunehmen. <sup>4</sup>Sofern für die pflegebedürftige Person in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine Beihilfegewährung nach § 38c oder

§ 38e nicht erfolgen. <sup>5</sup>Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit der Beihilfe zu den Aufwendungen nach § 39a abgegolten.

**→ nach oben**

←zurück

### **Zu § 38c – Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

- 38c.1 Aufwendungen für Verhinderungspflege sind nur für pflegebedürftige Person der Pflegegrade 2 bis 5 beihilfefähig.
- 38c.2 <sup>1</sup>Der beihilfefähige Betrag der Verhinderungspflege beträgt 1 612 Euro für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. <sup>2</sup>Die Hälfte des beihilfefähigen Betrages für Kurzzeitpflege kann auch für Aufwendungen für Verhinderungspflege genutzt werden.
- 38c.3 <sup>1</sup>Während einer Verhinderungspflege wird die Pauschalbeihilfe bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt, wenn vor der Verhinderungspflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. <sup>2</sup>Bei Verhinderungspflege erfolgt keine Kürzung der Pauschalbeihilfe für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Verhinderungspflege. <sup>3</sup>Für die Höhe der Pauschalbeihilfe ist die geleistete Höhe der Pauschalbeihilfe vor Beginn der Verhinderungspflege maßgebend.

→ nach oben

[←zurück](#)

## Zu § 38d – Teilstationäre Pflege

### 38d.1 Zu Absatz 1

38d.1.1 Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege sind entsprechend § 41 SGB XI bis zu folgender Höhe beihilfefähig:

Pflege-grad	beihilfefähige Auf-wendungen
2	689 Euro/Monat
3	1 298 Euro/Monat
4	1 612 Euro/Monat
5	1 995 Euro/Monat

38d.1.2 Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege umfassen:

- die pflegebedingten Aufwendungen,
- die Aufwendungen für Betreuung und
- die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

38d.1.3 <sup>1</sup>Bei vorübergehender Abwesenheit der pflegebedürftigen Person von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für teilstationäre Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des §87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. <sup>2</sup>Das heißt, dass im Fall vorübergehender Abwesenheit von der teilstationären Pflegeeinrichtung die Freihaltegebühren für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr beihilfefähig sind. <sup>3</sup>Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen sind die Freihaltegebühren für die gesamte Dauer dieser Aufenthalte beihilfefähig. <sup>4</sup>In den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sind für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzusehen.

38d.1.4 Aufwendungen der teilstationären Pflege sind zusätzlich zu Aufwendungen nach § 38a Absatz 1, 3 oder § 38b beihilfefähig, ohne dass eine Anrechnung auf diese Aufwendungen erfolgt.

### 38d.2 zu Absatz 2

<sup>1</sup>Fahrtkosten sind Bestandteil der mit der Pflegeeinrichtung geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen und werden im Rahmen des maßgeblichen Höchstbetrags nach § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB XI erstattet. <sup>2</sup>Sofern Fahrtkosten nicht in der Rechnung der Einrichtung enthalten sind und gesondert geltend gemacht werden, sind diese nach den Vorgaben des § 31 Absatz 4 bei Fahrten von Ange-

hören zu ermitteln bzw. die tatsächlichen Fahrtkosten bei Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu berücksichtigen und im Rahmen der Leistungsbeträge nach § 38d BBhV i.V.m. § 41 SGB XI mit zu erstatten.

38d.3 **zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

→ nach oben

←zurück

### **Zu § 38e – Kurzzeitpflege**

- 38e.1 Aufwendungen für Kurzzeitpflege sind nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 beihilfefähig.
- 38e.2 <sup>1</sup>Der beihilfefähige Betrag der Kurzzeitpflege beträgt 1 612 Euro für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. <sup>2</sup>Der beihilfefähige Betrag für Verhinderungspflege kann auch für Aufwendungen der Kurzzeitpflege genutzt werden.
- 38e.3 <sup>1</sup>Während einer Kurzzeitpflege wird die Pauschalbeihilfe bis zu acht Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt, wenn vor der Kurzzeitpflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. <sup>2</sup>Bei Kurzzeitpflege erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes für den ersten und den letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege. <sup>3</sup>Für die Höhe der Pauschalbeihilfe ist die geleistete Höhe der Pauschalbeihilfe vor Beginn der Kurzzeitpflege maßgebend.

→VwV

→ nach oben

←zurück

### **Zu § 38f – Ambulant betreute Wohngruppen**

- 38f.1 <sup>1</sup>Der beihilfefähige Leistungsbetrag des Wohngruppenschlages beträgt 214 Euro pro Monat. <sup>2</sup>Von maximal zwölf Personen, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe wohnen dürfen, müssen mindestens drei pflegebedürftig sein.
- 38f.2 <sup>1</sup>Im Einzelfall prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die Medicproof GmbH für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung bei Vorliegen der Kombination von teilstationärer Pflege und dem Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft unter Inanspruchnahme des Wohngruppenschlages nach § 38a SGB XI, ob die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. <sup>2</sup>In diesen Fällen ist bei der Gewährung von Beihilfe für teilstationäre Pflege neben dem pauschalen Zuschlag für Wohngruppen auf die Entscheidung der Pflegeversicherung abzustellen.
- 38f.3 Aufwendungen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen werden dann beihilfefähig anerkannt, wenn entsprechende Zuschüsse seitens der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gezahlt werden.

→ nach oben

[←zurück](#)

### **Zu § 38g – Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

38.g.1 <sup>1</sup>Zur Verwaltungsvereinfachung und Entlastung der pflegebedürftigen Personen ist – auch zur Feststellung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen – keine ärztliche Verordnung zum Nachweis der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln erforderlich,

- wenn im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, getroffen werden.
- Der Versicherte mit den Empfehlungen einverstanden ist (siehe zum Ganzen § 18 Absatz 6a SGB XI)

<sup>2</sup>Diese Vereinfachung umfasst auch Hilfsmittel, die dem SGB V unterfallen. <sup>3</sup>Allerdings hat der Gesetzgeber für diese Hilfsmittel die Vereinfachung bis zum 31. Dezember 2020 befristet.

38g.2 Werden Aufwendungen für Pflegehilfsmittel von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung als solche nicht bezuschusst oder anerkannt, sind die Aufwendungen nach § 25 BBhV auf Beihilfefähigkeit zu prüfen.

38g.3 Hat die Pflegeversicherung den monatlichen Bedarf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel pauschal ohne Vorlage von Rechnungen anerkannt, kann die Festsetzungsstelle entsprechend Beihilfe ohne Kostennachweis gewähren.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 38h – Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

### **38h.1 zu Absatz 1**

<sup>1</sup>Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. <sup>2</sup>Für den Antrag ist das Formblatt nach [Anhang 3](#) zu verwenden. <sup>3</sup>Änderungen der Verhältnisse, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind der für die pflegebedürftige Person zuständigen Festsetzungsstelle unverzüglich mitzuteilen.

### **38h.2 zu Absatz 2**

38h.2.1 Dem Grundsatz des § 173 SGB VI und § 349 Absatz 4a SGB III entsprechend, hat die Festsetzungsstelle anteilig den von der Beihilfe zu tragenden Anteil an den zuständigen Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen.

38h.2.2 Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die im Beitragsjahr (Kalenderjahr) versicherungspflichtigen Pflegepersonen erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags der Festsetzungsstelle für das Kalenderjahr, in dem die Pflege geleistet wurde (§ 349 Absatz 5 Satz 2 SGB III), wohingegen die Rentenversicherungsbeiträge monatlich zu zahlen sind.

38h.2.3 <sup>1</sup>Die Rentenversicherungsbeiträge sind nach dem einheitlichen Verteilungsschlüssel, der jährlich von der Deutschen Rentenversicherung festgelegt wird, an die Deutsche Rentenversicherung Bund und an den zuständige Regionalträger, in dessen Bereich die Festsetzungsstelle ihren Sitz hat, zu zahlen. <sup>2</sup>Das BMI wird jährlich durch Rundschreiben die prozentuale Verteilung der Beiträge bekanntgeben. <sup>3</sup>Die Beiträge sind unter Angabe der von der Bundesagentur für Arbeit vergebenen Betriebsnummer von der zuständigen Festsetzungsstelle zu überweisen. <sup>4</sup>Soweit die Festsetzungsstelle keine Betriebsnummer besitzt, ist eine solche beim Betriebsnummernservice der Bundesagentur für Arbeit zu beantragen.

38h.2.4 Der Beleg zur Überweisung der Rentenversicherungsbeiträge muss im Feld „Verwendungszweck“ folgende Angaben enthalten:

1. Zeile:

- Betriebsnummer der zahlenden Stelle (achtstellig)
- Monat (zweistellig) und Jahr (zweistellig), für den die Beiträge gezahlt werden
- Kennzeichen „West“ oder „Ost“

2. Zeile:

- „RV-BEITRAG-PFLEGE“.

38h.2.5 Einzelheiten der Zahlungsabwicklung einschließlich Zahlungsfristen ergeben sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesagentur für Arbeit, Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen vom 13. Dezember 2016, das auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung ([www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)) veröffentlicht ist.

**→ nach oben**

[←zurück](#)

## Zu § 39 – Vollstationäre Pflege

### 39.1 Zu Absatz 1

39.1.1 Die Aufwendungen für vollstationäre Pflege sind in Höhe des Anspruchs nach § 43 Absatz 2 SGB XI beihilfefähig:

Pflege-grad	Beihilfefähige Aufwendungen
2	770 Euro/Monat
3	1 262 Euro/Monat
4	1 775 Euro/Monat
5	2 005 Euro/Monat

39.1.2 <sup>1</sup>Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. <sup>2</sup>Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Absatz 3 SGB XI).

39.1.3 Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.

39.1.4 <sup>1</sup>Bei vorübergehender Abwesenheit pflegebedürftige Person von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für vollstationäre Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. <sup>2</sup>Das heißt, dass der Pflegeplatz im Fall vorübergehender Abwesenheit von der vollstationären Pflegeeinrichtung für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für die pflegebedürftige Person freizuhalten ist. <sup>3</sup>Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen sind die Freihaltegebühren für die gesamte Dauer dieser Aufenthalte beihilfefähig. <sup>4</sup>In den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sind für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzusehen.

39.1.5 Der Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen der stationären Pflege beginnt mit dem Tag des Einzugs in die Pflegeeinrichtung und endet mit dem Tag des Auszugs oder des Todes.

### 39.2 Zu Absatz 2

39.2.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für die Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, sowie Verpflegung, Unterkunft einschließlich Investitionskosten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Vorrangig sind zur Deckung der vorgenannten, verbleibenden Kosten immer Eigenmittel einzusetzen. <sup>3</sup>Aus Fürsorgegründen kann aber zu diesen Aufwendungen Beihilfe gewährt werden, wenn den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen von ihren Einkünften nicht ein rechnerischer Mindestbetrag verbleibt. <sup>4</sup>Für die Berechnung des zu belassenden Mindestbetrages wird immer die aktuelle Besoldungstabelle des jeweiligen Pflegemonat zugrunde gelegt. <sup>5</sup>Bei rückwirkender Besoldungserhöhung erfolgt keine Neuberechnung.

Beispiel 1 (Besoldungstabelle Stand 1. Februar 2017):

Ehepaar

Beihilfeberechtigter (Versorgungsempfänger, letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 3, Ehefrau nicht pflegebedürftig, keine weiteren berücksichtigungsfähigen Personen

1.	Rechnungsbetrag:	3 184,50 €
2.	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	24,50 €
3.	Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	1 262,00 €
4.	nicht gedeckte Aufwendungen:	1 898,00 €
5.	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	2 324,63 €
6.	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	2 134,70 €

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	gesamt
Nr. 1	427,31 €		
Nr. 2		1 602,42 €	
Nr. 3			
Nr. 4	104,97 €		
<b>Summe</b>	<b>532,28 €</b>	<b>1 602,42 €</b>	<b><u>2 134,70 €</u></b>

- |    |   |            |
|----|---|------------|
| 7. | selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./ Pos. 6.):        | 189,93 €   |
| 8. | zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 4. ./ Pos. 7.): | 1 708,07 € |

Beispiel 2 (Besoldungstabelle Stand 1. Februar 2017):

Alleinstehender Beihilfeberechtigter (Versorgungsempfänger, letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 3

1.	Rechnungsbetrag:	3 184,50 €
2.	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	24,50 €
3.	Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	1 262,00 €
4.	nicht gedeckte Aufwendungen:	1 898,00 €
5.	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	2 324,63 €
6.	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	532,28 €

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	gesamt
Nr. 1	427,31 €		
Nr. 2			
Nr. 3			
Nr. 4	104,97 €		
<b>Summe</b>	<b>532,28 €</b>		<b><u>532,28 €</u></b>

7. selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./ Pos. 6.): 1 792,35 €  
8. zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 4. ./ Pos. 7.): 105,65 €

**→ nach oben**

Beispiel 3 (Besoldungstabelle Stand 1. Februar 2017):

Ehepaar mit einem berücksichtigungsfähigen Kind (Beihilfeberechtigter, Besoldungsgruppe A 13, Stufe 8), Ehefrau in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 5

1.	Rechnungsbetrag:	4 019,56 €
2.	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	64,50 €
3.	Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	2 005,00 €
4.	nicht gedeckte Aufwendungen:	1 950,06 €
5.	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	4 755,35 €
6.	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	2 296,25 €

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	Kind	gesamt
Nr. 1		427,31 €		
Nr. 2	1 602,42 €			
Nr. 3			160,24 €	
Nr. 4	160,24 €			
<b>Summe</b>	<b>1 762,66 €</b>	<b>427,31 €</b>	<b>160,24 €</b>	

7. selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./ 2 405,14 €  
Pos. 6.):

8.	die nicht gedeckten Aufwendungen liegen unter dem selbst zu tragendem Anteil (Pos. 4. ./ Pos. 7.), daher ist keine zusätzliche Beihilfe zu gewähren.
----	--

39.2.2 Das Grundgehalt im Sinne der Verordnung ist der ausgewiesene Betrag der Tabelle der Bundesbesoldungsordnung ohne die Amtszulage nach § 42 BBesG.

39.2.3 Bei beihilfeberechtigten verwitweten Versorgungsempfängern, die nicht selbst in einem aktiven Dienstverhältnis gestanden haben, ist das Grundgehalt der letzten Besoldungsgruppe der verstorbenen beihilfeberechtigten Person zugrunde zu legen.

39.2.4 <sup>1</sup>Sofern nach Nummer 39.1.6 die Pauschale für stationäre Pflege nur anteilig als beihilfefähig anerkannt werden kann, sind auch

- die Kosten für die Pflegeleistungen, die über die nach § 39 Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen,
- die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie

- die Investitionskosten  
nur anteilig zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Satz 1 gilt entsprechend für den Mindestbetrag.

### 39.3 **Zu Absatz 3**

39.3.1 Bei den Einnahmen bleiben unberücksichtigt:

- Einnahmen von Kindern,
- Einnahmen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch [SGB IV]) und
- Leistungsprämien nach § 42a BBesG.

39.3.2 Auf Grund des eindeutigen Bezugs auf § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 BBesG finden Zulagen nach § 1 Absatz 2 Nummer 4 und § 42 BBesG keine Berücksichtigung.

39.3.3 <sup>1</sup>Eine Rente ist immer mit dem Zahlbetrag nach Satz 1 Nummer 3 zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Sofern die Ehegattin oder der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner neben einer Rente weitere Einnahmen nach § 2 Absatz 3 EStG hat, sind diese ohne den Rentenanteil zu berücksichtigen.

39.3.4 Nummer 39.2.3 gilt entsprechend bei der Berechnung der Einnahmen.

### 39.4 **Zu Absatz 4**

§ 43b SGB XI zielt darauf ab, zusätzliches Personal für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, in den Einrichtungen bereit zu stellen. <sup>2</sup>Die Aufwendungen für diesen Vergütungszuschlag sind in allen stationären Einrichtungen einschließlich teilstationärer Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege in voller Höhe beihilfefähig.

### 39.5 **Zu Absatz 5**

<sup>1</sup>Pflegeeinrichtungen, deren aktivierende und rehabilitative Maßnahmen zu einem niedrigeren Pflegegrad oder dessen Wegfall führen, erhalten einen zusätzlichen Betrag seit 1.1.2017 in Höhe von 2 952 Euro zum Bemessungssatz. <sup>2</sup>Der Betrag unterliegt alle drei Jahre einer Dynamisierungsprüfung.

### 39.6 **Zu Absatz 6** (unbesetzt)

**→ nach oben**

←zurück

### **Zu § 39a – Einrichtungen der Behindertenhilfe**

- 39a.1 <sup>1</sup>Beihilfefähig sind 10 Prozent des nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 266 Euro monatlich. <sup>2</sup>Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen behinderten Menschen zu Hause gepflegt und betreut werden, anteilige Pauschalbeihilfe gewährt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. <sup>3</sup>Inhalt der Vereinbarung nach § 75 Absatz 3 SGB XII ist gemäß § 76 Absatz 2 SGB XII die Vergütung für die Leistungen bestehend aus den Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale) und für die Maßnahmen (Maßnahmepauschale), so dass auch die Kosten der teilstationären Unterbringung (z. B. für die Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen) in die Berechnung der 10-Prozent-Regelung einzubeziehen sind.
- 39a.2 Bei zu Hause gepflegten pflegebedürftigen Personen, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließlich nach § 38e.

→ nach oben

←zurück

### **Zu § 39b – Aufwendungen bei Pflegegrad 1**

Für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1 sind nur die enumerativ aufgeführten Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig. Diese entsprechen weitestgehend den Leistungen nach § 28a SGB XI.

→ nach oben

[←zurück](#)

## **Zu § 40 – Palliativversorgung**

### **40.1 Zu Absatz 1**

- 40.1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.
- 40.1.2 Erhöhte Aufwendungen, die auf Grund der besonderen Belange der zu betreuenden Kinder anfallen, sind beihilfefähig.
- 40.1.3 <sup>1</sup>Die Aufwendungen für eine solche Versorgung sind bis zur Höhe der nach § 132d Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbarten Vergütung beihilfefähig. <sup>2</sup>Für beihilfeberechtigte Personen nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Personen bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren.
- 40.1.4 Auf beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sind die Nummern 40.1.1 und 40.1.2 entsprechend anzuwenden.
- 40.1.5 Durch den Verweis in Satz 2 auf § 37b Absatz 3 SGB V bestimmt sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für SAPV im Übrigen hinsichtlich der Voraussetzungen, Art und Umfang nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

### **40.2 Zu Absatz 2**

- 40.2.1 <sup>1</sup>Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, das heißt leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. <sup>2</sup>Aufwendungen für die Behandlung in einem Hospiz sind nur dann beihilfefähig, wenn das Hospiz einen Versorgungsvertrag mit mindestens einer Krankenkasse abgeschlossen hat.
- 40.2.2 <sup>1</sup>Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland am 8. Dezember 2015 trägt die Krankenkasse die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen nach SGB XI (Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege) zu 95 Prozent. <sup>2</sup>Der Zuschuss darf dabei kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV nicht unterschreiten. <sup>3</sup>Beihilfefähig sind deshalb 95 Prozent der tatsächlichen Aufwendungen (einschließlich Unterkunft und Verpflegung), mindestens jedoch kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV. <sup>4</sup>Für 2017 ergeben sich folgende kalendertägliche Mindestbeträge:

- Ost: 258,30 Euro,
- West: 280,35 Euro.

<sup>5</sup>Soweit andere Sozialleistungsträger Zuschüsse gewähren, sind diese im Rahmen des § 9 Absatz 1 anzurechnen. <sup>6</sup>Bei Vorliegen der Voraussetzungen kommt daneben auch eine Beihilfegewährung nach § 38e (Kurzzeitpflege) und § 39 (vollstationäre Pflege) in Betracht.

- 40.2.3 <sup>1</sup>In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist. <sup>2</sup>In diesem Fall orientiert sich die beihilfefähige „angemessene Vergütung“ an dem Betrag, den die GKV ihrem Zuschuss zugrunde gelegt hat. <sup>3</sup>Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Vergütung.

- 40.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

**→ nach oben**

[←zurück](#)

## Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen

### Zu § 41 – Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

#### 41.1 Zu Absatz 1

41.1.1 <sup>1</sup>Folgende Aufwendungen für Maßnahmen zur ärztlichen Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge sind beihilfefähig:

1. bei Minderjährigen bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes nicht nur geringfügig gefährden (§ 26 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
2. bei Minderjährigen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr die Aufwendungen für eine Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige oder soziale Entwicklung nicht nur geringfügig gefährden, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze) (§ 26 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
3. bei Frauen und Männern vom vollendeten 18. Lebensjahr die Aufwendungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen (§ 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
4. bei Frauen und Männern vom vollendeten 35. Lebensjahr an die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus (§ 25 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
5. Schutzimpfungen (§ 20i SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2).

<sup>2</sup>Inhalt, Zielgruppe, Altersgrenze, Häufigkeit, Art und Umfang der Maßnahmen nach Satz 1 richten sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“),
2. zur Jugendgesundheitsuntersuchung („Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“),
3. über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“),
4. über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“),
5. über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V.

<sup>3</sup>Die vorstehend genannten Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) veröffentlicht.

41.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und von Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden und über den Leistungsumfang nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehen oder nicht in Anlage 13

zur BBhV aufgeführt sind, können nicht als beihilfefähige Aufwendungen der Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen anerkannt werden. <sup>2</sup>Es bleibt zu prüfen, ob es sich in diesen Fällen um eine medizinisch notwendige Behandlung handelt, die auf Grund einer Diagnosestellung erfolgte.

41.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

41.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Bei den Maßnahmen nach Anlage 14 handelt es sich ausschließlich um ein Früherkennungsprogramm (Präventionsprogramm) für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko. <sup>2</sup>Aufwendungen für genetische Analysen im Rahmen einer bereits laufenden Behandlung, also einer kurativen Maßnahme, sind von den Voraussetzungen nach Anlage 14 nicht betroffen, auch sind sie nicht auf spezialisierte Zentren beschränkt.

41.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

41.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

41.6 **Zu Absatz 6**  
(unbesetzt)

**→ nach oben**

[←zurück](#)

## **Zu § 42 – Schwangerschaft und Geburt**

42.0 § 42 ist auch anzuwenden auf die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Niederkunft einer berücksichtigungsfähigen Tochter der beihilfeberechtigten Person.

### **42.1 Zu Absatz 1**

#### **42.1.1.1 Zu Absatz 1 Nummer 1**

Für Aufwendungen der Schwangerschaftsüberwachung können die jeweils gültigen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“), derzeit in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz. Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 22. März 2019, BAnz. AT 27. Mai 2019 B 3, in Kraft getreten am 28. Mai 2019, zugrunde gelegt werden.

42.1.1.2 <sup>1</sup>Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. <sup>2</sup>Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. <sup>3</sup>In diesem Zusammenhang sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

#### **42.1.2 Zu Absatz 1 Nummer 2**

Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung.

#### **42.1.3 Zu Absatz 1 Nummer 3** (unbesetzt)

#### **42.1.4 Zu Absatz 1 Nummer 4**

Wird die Haus- und Wochenpflege durch den Ehegatten, die Lebenspartnerin, die Eltern oder die Kinder der Wöchnerin durchgeführt, sind nur beihilfefähig die Fahrtkosten und das nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen der die Haus- und Wochenpflege durchführenden Person.

### **42.2 Zu Absatz 2** (unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 43 – Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch**

### **43.1 Zu Absatz 1**

43.1.1 <sup>1</sup>Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist in Anlehnung an die nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V erlassenen Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung) geregelt. <sup>2</sup>Die Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) veröffentlicht.

43.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 Prozent der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System (das heißt bei Ehegatten) durchgeführt werden und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. <sup>2</sup>Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Kostenerstattung.

43.1.3 <sup>1</sup>Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung sind nur beihilfefähig, wenn

- Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit (z. B. Fertilisierungsoperationen, alleinige hormonelle Stimulation) keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind,
- bei beiden Ehegatten der HIV-Status bekannt ist,
- bei der Ehefrau ein ausreichender Schutz gegen eine Rötelninfektion besteht,
- beide Ehegatten das 25. Lebensjahr vollendet haben,
- die Ehefrau das 40. Lebensjahr und der Ehemann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

<sup>2</sup>Die maßgeblichen Altersgrenzen für beide Ehegatten müssen in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus oder des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein.

43.1.4 <sup>1</sup>Nach Geburt eines Kindes sind Aufwendungen für die Herbeiführung einer erneuten Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung nach Nummer 43.1.2 beihilfefähig. <sup>2</sup>Dies gilt auch, wenn eine sogenannte „klinische Schwangerschaft“ (z. B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.

43.1.5 Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

43.1.6 Behandlungsmethoden, Begrenzung der Versuchszahlen und Indikationen:

- 43.1.6.1 intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzklus, ggf. nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, ggf. nach Stimulation mit Antiöstrogenen;  
höchstens acht Versuche;  
Indikationen: somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanstenose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mucus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,
- 43.1.6.2 intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, ggf. nach Stimulation mit Antiöstrogenen;  
höchstens drei Versuche;  
Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,
- 43.1.6.3 In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryotransfer (ET), ggf. als Zygotenttransfer oder als intratubarer Embryotransfer (EIFT – Embryointrafallopiantransfer);  
höchstens drei Versuche; der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat;  
Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 43.1.6.2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 43.1.6.2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind;
- 43.1.6.4 Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT [gamete intrafallopian transfer]);  
Indikationen: 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 Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind;
- 43.1.6.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit ggf. intratubarem Embryo-Transfer (ET oder EIFT);  
höchstens drei Versuche; der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einer von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat;  
Indikationen: schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermio-gramme, die auf der Grundlage des Handbuchs zu „Examination and processing of human semen“ erstellt worden sind.

- 43.1.7 <sup>1</sup>Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur IVF als auch zum GIFT vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. <sup>2</sup>IVF und ICSI dürfen auf Grund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. <sup>3</sup>Einzige Ausnahme ist die Fallkonstellation eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer IVF. <sup>4</sup>In diesem Fall kann in maximal zwei darauffolgenden Zyklen die ICSI zur Anwendung kommen, auch wenn die Voraussetzungen nach Nummer 43.1.6.5 nicht vorliegen. <sup>5</sup>Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sog. Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.
- 43.1.8 <sup>1</sup>Die IVF gilt als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. <sup>2</sup>Die ICSI gilt als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle(n) erfolgt ist.
- 43.1.9 <sup>1</sup>Die Zuordnung der Kosten zu den Ehegatten erfolgt in enger Anlehnung an Nummer 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung. <sup>2</sup>Das bedeutet, dass die Aufwendungen der Person zuzurechnen sind, bei der die Leistung durchgeführt wird. <sup>3</sup>Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, ggf. einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens (Reifung der Samenzellen, ohne die eine Befruchtung der Eizelle nicht möglich ist) sowie für den HIV-Test beim Ehemann entfallen auf den Ehemann. <sup>4</sup>Aufwendungen für die Beratung der Ehegatten nach Nummer 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen entfallen auf die Ehefrau. <sup>5</sup>Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken) und die ggf. in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Ehemann. <sup>6</sup>Aufwendungen für extrakorporale Maßnahmen werden demjenigen zugeordnet, bei dem die Maßnahmen durchgeführt werden (so werden z. B. Aufwendungen für Maßnahmen zur Behandlung von Fertilitätsstörungen des Mannes diesem zugeordnet).

43.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

43.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

43.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

43.5 **Zu Absatz 5**

Liegt eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 oder Absatz 3 des Strafgesetzbuchs (StGB) vor, bedarf es grundsätzlich keiner weitergehenden Prüfung der Rechtmäßigkeit durch die Festsetzungsstelle.

**→ nach oben**

←zurück

### **Zu § 44 – Überführungskosten**

- 44.1 <sup>1</sup>Neben den geregelten Fällen sind Aufwendungen anlässlich des Todes nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Die BBhV regelt nur die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen.
- 44.2 Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen aus Anlass der Todesfeststellung nach Nummern 100 bis 107 der Anlage zur GOÄ einschließlich des in diesem Zusammenhang berechneten Wegegeldes nach § 8 GOÄ.

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 45 – Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe**

### **45.1 Zu Absatz 1**

- 45.1.1 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Erste Hilfe umfassen den Einsatz von Rettungskräften, Sanitäterinnen, Sanitätern und anderen Personen und die von ihnen verbrauchten Stoffe (z. B. Medikamente, Heil- und Verbandmittel).
- 45.1.2 Eine behördlich angeordnete Entseuchung kommt insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz in Betracht.

### **45.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Gebärdensprachdolmetscherin oder eines Gebärdensprachdolmetschers oder einer anderen Kommunikationshilfe gelten die gleichen Voraussetzungen wie für den Anspruch auf eine Kommunikationshilfe im Verwaltungsverfahren. <sup>2</sup>Als Kommunikationshilfen kommen Gebärdensprachdolmetscherinnen, Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscherinnen, Schriftdolmetscher oder andere nach der Kommunikationshilfverordnung zugelassene Hilfen in Betracht. <sup>3</sup>Als beihilfefähig anzuerkennen sind die nachgewiesenen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Person bis zur Höhe der im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) vorgesehenen Sätze (derzeit 70 Euro pro Stunde für Dolmetscherinnen und Dolmetscher [§ 45 Absatz 2 Nummer 1 BBhV in Verbindung mit § 9 Absatz 2 des Behindertengleichstellungsgesetzes, § 5 Absatz 1 Satz 1 der Kommunikationshilfverordnung und § 9 Absatz 3 JVEG]); entschädigt werden die Einsatzzeit zuzüglich erforderlicher Reisezeiten (§ 8 Absatz 2 JVEG) und erforderliche Fahrtkosten (§ 8 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 5 JVEG) der Kommunikationshilfe. <sup>4</sup>Die Beihilfefähigkeit beschränkt sich auch dann auf den individuellen Bemessungssatz, wenn die ergänzende Krankenversicherung Leistungen für Kommunikationshilfen nicht gewährt. <sup>5</sup>Anders als im Verwaltungsverfahren ist die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe z. B. beim Besuch einer Ärztin oder eines Arztes immer eine Sache der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person.

→ nach oben

[←zurück](#)

## **Zu § 45a – Organspende und andere Spenden**

45a.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

45a.2 **Zu Absatz 2**

Zu den Auswirkungen des Bezugs von Leistungen zum Ausgleich des Verdienstausfalls von Organ- oder Gewebespendern nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes wird auf das Schreiben der Deutschen Rentenversicherung Bund verwiesen, das mit Rundschreiben des BMI vom 10. Januar 2013 - D 6 – 213 106-11/0#0 - bekanntgegeben wurde.

45a.3 **Zu Absatz 3**

Neben den Aufwendungen der Registrierung sind auch die Aufwendungen für die Suche nach einem geeigneten Spender im Zentralen Knochenmarkspender-Register beihilfefähig.

[→ nach oben](#)

←zurück

## **Zu § 45b – Klinisches Krebsregister**

### **45b.1 Zu Absatz 1**

45b.1.1 <sup>1</sup>Der Bund hat zum 1. Oktober 2016 mit dem Klinischen Krebsregister Berlin Brandenburg eine Vereinbarung zur Kostenbeteiligung der Beihilfe des Bundes geschlossen. <sup>2</sup>Der Vertrag ist offen für den Beitritt anderer Krebsregister. <sup>3</sup>Das BMI wird über weitere Beitritte durch Rundschreiben informieren.

45b.1.2 Aufwendungen für eine klinische Krebsregistrierung werden der Festsetzungsstelle von den klinischen Krebsregistern in Rechnung gestellt und sind direkt an diesen entsprechend dem Bemessungssatz zu zahlen, wenn die Registrierung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte.

45b.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

→ nach oben

[←zurück](#)

## **Kapitel 5 Umfang der Beihilfe**

### **Zu § 46 – Bemessung der Beihilfe**

46.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

46.2 **Zu Absatz 2**

Zu den Waisen im Sinne der Nummer 4 gehören auch Halbweisen, soweit sie Halbweisengeld beziehen.

46.3 **Zu Absatz 3**

46.3.1 Für den erhöhten Bemessungssatz nach Satz 1 ist es unerheblich, welcher Tatbestand der Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 Absatz 2 vorliegt.

46.3.2 <sup>1</sup>Den erhöhten Bemessungssatz erhält die beihilfeberechtigte Person, die die familienbezogenen Besoldungsbestandteile für mindestens zwei Kinder bezieht. Die beihilfeberechtigten Personen bestimmen mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. <sup>2</sup>Eine gesonderte Erklärung der beihilfeberechtigten Personen ist nicht erforderlich.

46.3.3 Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen mit unterschiedlichen Dienstherren (z. B. Bund – Land; Bund – Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung nach dem Formblatt im Anhang 1 zu übersenden.

46.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 47 – Abweichender Bemessungssatz**

47.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

47.2 **Zu Absatz 2**

47.2.1 Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 Prozent der Aufwendungen ermöglicht.

47.2.2 <sup>1</sup>In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 14,50 Euro täglich einzubeziehen. <sup>2</sup>Ein von dritter Seite gezahlter Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag ist bei der Gegenüberstellung von dem zu zahlenden Beitragsaufwand abzuziehen.

47.2.3 <sup>1</sup>Der Krankenversicherungsbeitrag und die Gesamteinkünfte sind zu belegen. <sup>2</sup>Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Absatz 2 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. <sup>3</sup>Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen. <sup>4</sup>Nach spätestens drei Jahren sind die Voraussetzungen auf die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf Grund eines erneuten Antrags neu zu prüfen.

47.2.4 Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt.

47.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

47.4 **Zu Absatz 4**

47.4.1 <sup>1</sup>Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter Behandlung und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung der oder des Versicherten beiträgt, das heißt zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen deckt. <sup>2</sup>Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. <sup>3</sup>Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. <sup>4</sup>Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

47.4.2 <sup>1</sup>Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich

nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. <sup>2</sup>Ein Leistungsausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine oder nur reduzierte Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. <sup>3</sup>Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehene Wartezeit anfallen.

47.4.3 <sup>1</sup>Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. <sup>2</sup>Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

47.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

47.6 **Zu Absatz 6**  
(unbesetzt)

47.7 **Zu Absatz 7**  
(unbesetzt)

47.8 **Zu Absatz 8**

47.8.1 <sup>1</sup>Die Regelung beinhaltet die Möglichkeit eines Nachteilsausgleichs für Personen, die in Folge einer Gesetzesänderung beihilfeberechtigte Personen des Bundes werden und zuvor Beihilfe nach Landesrecht bezogen haben. <sup>2</sup>Ausgeglichen werden können aber nur Nachteile, die sich aus unterschiedlichen Regelungen zum Bemessungssatz ergeben. <sup>3</sup>Nicht erfasst werden eventuelle anderweitige Benachteiligungen wie z. B. bei der Beihilfefähigkeit einzelner Aufwendungen.

47.8.2 <sup>1</sup>Zur Herbeiführung der Festlegung ist ein formloses Ersuchen des Bundesministeriums, das nach der Geschäftsverteilung der Bundesregierung für die Belange der beihilfeberechtigten Personen zuständig ist, erforderlich (Satz 2). <sup>2</sup>Das Ersuchen soll folgende Angaben enthalten:

- betroffene Personengruppe (genau zu spezifizieren),
- gesetzliche Grundlage für das Entstehen eines Beihilfeanspruchs nach der BBhV,
- Sachverhalte, für die nach Landesrecht ein vom Bundesrecht abweichender, günstigerer Bemessungssatz gegolten hat,
- Bemessungssatz nach Landesrecht,
- Vorschlag für eine Abweichung vom Bemessungssatz nach der BBhV.

→ **nach oben**

[←zurück](#)

## **Zu § 48 – Begrenzung der Beihilfe**

### **48.1 Zu Absatz 1**

48.1.1 <sup>1</sup>Um den nach Satz 1 zulässigen Höchstbetrag der Beihilfe berechnen zu können, sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Kranken- und Pflegeversicherung gegenüberzustellen. <sup>2</sup>Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z. B. Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen, deren Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist. <sup>3</sup>Sind z. B. für eine berücksichtigungsfähige Person die Aufwendungen für eine Seehilfe nach Anlage 11 Abschnitt 4 Unterabschnitt 1 BBhV beihilfefähig, dann zählen die Aufwendungen für eine Seehilfe nur für diese Person zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, nicht jedoch die Aufwendungen für Seehilfen beihilfeberechtigter oder weiterer berücksichtigungsfähiger Personen. <sup>4</sup>Die Aufwendungen für Lifestyle-Arzneimittel gehören grundsätzlich nicht zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen (§ 22 Absatz 2 Nummer 1). <sup>5</sup>Die Aufwendungen für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur dann dem Grunde nach beihilfefähig, wenn die BBhV dies ausnahmsweise ausdrücklich bestimmt (§ 22 Absatz 2 Nummer 2 und 3 sowie § 50 Absatz 1 Nummer 2).

48.1.2 Beitragserstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.

### **48.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Prozentsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. <sup>2</sup>Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. <sup>3</sup>Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 49 – Eigenbehalte**

### **49.1 Zu Absatz 1**

49.1.1 Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte nach § 22 Absatz 1 Nummer 4.

49.1.2 <sup>1</sup>Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg, auch für Arznei- und Verbandmittel aus Versandapotheken. <sup>2</sup>Von Apotheken gewährte Rabatte sind zu berücksichtigen.

49.1.3 <sup>1</sup>Ist auf Grund der Verordnung kein Packungsgrößenkennzeichen oder keine Bezugseinheit bestimmbar (z. B. bei Sondennahrung), bestimmt die Verordnungszeile die Höhe der Eigenbehalte. <sup>2</sup>Das kann dazu führen, dass bei Dauerverordnung (z. B. für enterale Ernährung) ein Eigenbehalt nur einmal erhoben wird.

49.1.4 <sup>1</sup>Bei Aufwendungen für Betrieb, Unterhaltung und Reparatur von Hilfsmitteln sind keine Eigenbehalte abzusetzen. <sup>2</sup>Der Eigenbehalt gilt nur bei Anschaffung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln. <sup>3</sup>Bei Miete eines Hilfsmittels ist nur einmalig für die erste Miete ein Eigenbehalt abzusetzen.

49.1.5 <sup>1</sup>Sofern aus der ärztlichen Verordnung nichts anderes hervorgeht, ist die in der Verordnung angegebene Stückzahl als „Monatsbedarf“ im Sinne von Satz 2 anzusehen. <sup>2</sup>Der Monatsbedarf ist auf den Kalendermonat zu beziehen. <sup>3</sup>Der Mindestabzugsbetrag in Höhe von 5 Euro ist hier nicht anzuwenden.

49.1.6 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten unterliegen grundsätzlich dem Abzug von Eigenbehalten, außer den bereits durch einen Höchstbetrag begrenzten Fahrtkosten nach § 35 Absatz 2.

49.1.7 <sup>1</sup>Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne der §§ 26 und 26a entstehenden Beförderungskosten ist der Abzugsbetrag nach Satz 1 Nummer 3 nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen. <sup>2</sup>Dies gilt entsprechend bei ambulant durchgeführten Operationen bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen im jeweiligen Behandlungsfall, bei teilstationärer Behandlung (Tagesklinik) sowie bei einer ambulanten Chemo- / Strahlentherapiesserie.

### **49.2 Zu Absatz 2**

49.2.1 <sup>1</sup>Der Abzugsbetrag ist sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Die Abzugsbeträge sind für jedes Kalenderjahr gesondert zu beachten, dies gilt auch bei durchgehendem stationärem Krankenhausaufenthalt über den Jahreswechsel.

49.2.2 Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag:

– Entbindungen,

- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen,
- ambulante Operationen im Krankenhaus,
- Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus.

49.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Der Abzugsbetrag in Höhe von zehn Prozent der Aufwendungen für eine vorübergehende häusliche Krankenpflege (§ 27) ist begrenzt auf 28 Tage je Kalenderjahr. <sup>2</sup>Bei einem erneuten Krankheitsfall im selben Kalenderjahr werden deshalb keine Abzugsbeträge mehr in Ansatz gebracht, soweit die Krankenpflege insgesamt mehr als 28 Tage in Anspruch genommen worden ist. <sup>3</sup>Neben dem Abzugsbetrag für die häusliche Krankenpflege wird für jede ärztliche Verordnung ein Betrag von 10 Euro von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen.

49.4 **Zu Absatz 4**

Zur Unterstützung für die Ermittlung der beihilfefähigen Arzneimittel, für die kein Eigenbehalt nach Nummer 4 Buchstabe b zu berücksichtigen ist, können die von den Spitzenorganisationen der Krankenkassen festzulegenden zuzahlungsbefreiten Arzneimittel nach § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V genutzt werden.

49.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

**→ nach oben**

←zurück

## **Zu § 50 – Belastungsgrenzen**

### **50.1 Zu Absatz 1**

50.1.1 <sup>1</sup>Eine Befreiung von Eigenbehalten wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. <sup>2</sup>Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Aufwendungen entstanden sind. <sup>3</sup>Die Befreiung von Eigenbehalten umfasst sowohl die Eigenbehalte der beihilfeberechtigten als auch der berücksichtigungsfähigen Personen.

50.1.2 <sup>1</sup>Der Begriff der chronischen Erkrankung bestimmt sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie); die Richtlinie ist auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschuss ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) veröffentlicht. <sup>2</sup>Wer künftig chronisch an einer Krebsart erkrankt (dies gilt für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen) muss außerdem durch geeignete Unterlagen (z. B. Rechnungskopien oder ärztliche Bescheinigungen) nachweisen, dass sie oder er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen, die zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt sind. <sup>3</sup>Der erforderliche Nachweis bezieht sich nur auf die Durchführung der Beratung. <sup>4</sup>Vorsorgeuntersuchungen selbst müssen daraufhin nicht in Anspruch genommen worden sein. <sup>5</sup>Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige "chronische Krankheit" vor. <sup>6</sup>Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. <sup>7</sup>Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann sowie beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden. <sup>8</sup>Die beihilfeberechtigte Person muss nachweisen (z. B. durch Vorlage ärztlicher Bescheinigung, mehrerer Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrerer Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. <sup>9</sup>Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn es keine Anzeichen für einen Wegfall der chronischen Erkrankung gibt.

50.1.3 <sup>1</sup>Die Eigenbehalte nach § 49 Absatz 1 bis 3 sind nur entsprechend der Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 46 zu berücksichtigen, da die beihilfeberechtigte Person auch nur mit diesem Betrag belastet ist. <sup>2</sup>Beispiel: Ein Arzneimittel kostet 50 Euro – 5 Euro Eigenbehalt = 45 Euro beihilfefähiger Betrag. <sup>3</sup>Bei einem Bemessungssatz von 50 Prozent werden 22,50 Euro Beihilfe ausbezahlt. <sup>4</sup>Ohne Eigenbehalt erhielte die beihilfeberechtigte Person eine Beihilfe von 25 Euro. <sup>5</sup>Die Differenz von 2,50 Euro entspricht der effektiven Belastung der beihilfeberechtigten Person durch den Eigenbehalt.

- 50.1.4 <sup>1</sup>Bis zur Erreichung der Belastungsgrenze werden alle verordneten nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ohne Eigenbehalt entsprechend dem Bemessungssatz bei der Berechnung, ob die Belastungsgrenze erreicht wird, berücksichtigt. <sup>2</sup>Nach Erreichen der Belastungsgrenze werden ab diesem Zeitpunkt entstehende Aufwendungen für die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel als beihilfefähig anerkannt, wenn diese den festgelegten Betrag der entsprechenden Besoldungsgruppen übersteigen. <sup>3</sup>Für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger wird die vor Eintritt in den Ruhestand bezogene Besoldungsgruppe zugrunde gelegt. <sup>4</sup>Für Beamtinnen und Beamte im Vorbereitungsdienst gilt § 50 Absatz 1 Nummer 2.

**→ nach oben**

[←zurück](#)

Beispiele:

Berücksichtigung Belastungsgrenze

Besol- dungs- gruppe	Abgabepreis des Arzneimittels	Beihilfefähiger Be- trag (fiktiv)	Bemessungssatz	Beihilfe (fiktiv ohne Eigen- behalt)	Anrechnung für Belastungsgrenze
A 8	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 8	8,00 €	8,00 €	50 %	4,00 €	4,00 €
A 8	8,10 €	8,10 €	50 %	4,05 €	4,05 €
A 8	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 12	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 12	12,00 €	12,00 €	50 %	6,00 €	6,00 €
A 12	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €	6,05 €
A 12	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 15	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 15	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €	6,05 €
A 15	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 15	16,10 €	16,10 €	50 %	8,05 €	8,05 €

Beispiele:

Nach Erreichung der Belastungsgrenze

Besoldungs- gruppe	Abgabe- preis des Arzneimit- tels	Beihilfefähiger Betrag	Bemes- sungs- satz	Beihilfe	
A 8	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €	
A 8	8,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €	
A 8	8,10 €	8,10 €	50 %	4,05 €	
A 8	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	
A 12	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €	
A 12	12,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €	
A 12	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €	
A 12	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	
A 15	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €	
A 15	12,10 €	0,00 €	50 %	0,00 €	
A 15		16,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 15		16,10 €	16,10 €	50 %	8,05 €

50.1.5 <sup>1</sup>Auch bei einem nichtverschreibungspflichtigen Festbetragsarzneimittel wird der volle Apotheken-  
abgabepreis zum Bemessungssatz auf die Belastungsgrenze angerechnet. <sup>2</sup>Nach Überschreiten

der Belastungsgrenze wird bei der Frage, ob die jeweilige Grenze nach der entsprechenden Be-  
soldungsgruppe überschritten wird, auf den vollen Apothekenabgabepreis des Arzneimittels abge-  
stellt. <sup>3</sup>Erst bei der Berechnung der Beihilfe wird als beihilfefähiger Betrag der Festbetrag aner-  
kannt, sofern er unter dem Apothekenabgabepreis liegt.

Beispiel:

nichtverschreibungspflichtiges Arzneimittel

Apothekenabgabepreis:	12,76 Euro
Festbetrag:	7,59 Euro
Beihilfefähiger Betrag:	7,59 Euro

<sup>4</sup>Bei der Berechnung der Belastungsgrenze werden 12,76 Euro berücksichtigt. <sup>5</sup>Nach Überschrei-  
ten der Belastungsgrenze können 7,59 Euro als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach Prü-  
fung bei Zugrundelegung des Apothekenabgabepreises von 12,76 Euro die Voraussetzung nach  
Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vorliegt.

50.1.6 Die Berechnung der Belastungsgrenze erfolgt allein nach den Regelungen der BBhV, unabhängig  
davon, ob und in welcher Höhe bei Versicherungsleistungen Eigenbehalte abgezogen werden.

## 50.2 **Zu Absatz 2**

50.2.1 Einnahmen einer Ehegattin, eines Ehegatten, einer Lebenspartnerin, eines Lebenspartners, die  
oder der privat krankenversichert ist, sind in die Berechnung der Belastungsgrenze einzubeziehen.

50.2.2 <sup>1</sup>Bei verheirateten beihilfeberechtigten Personen, die beide beihilfeberechtigt sind, erfolgt die Min-  
derung der Einnahmen um 15 Prozent jeweils für jede beihilfeberechtigte Person gesondert. <sup>2</sup>Die  
Minderung für jedes Kind um den sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Betrag  
erfolgt mit Ausnahme der Personen, die heilfürsorgeberechtigt sind oder Anspruch auf unentgeltli-  
che truppenärztliche Versorgung haben, bei der beihilfeberechtigten Person, die den Familienzu-  
schlag bezieht.

50.2.3 Liegen die Voraussetzungen für einen Freibetrag nach § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 EStG nicht für  
jeden Kalendermonat vor, ermäßigen sich die dort genannten Beträge um ein Zwölftel.

## 50.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, deren Kosten der Unterbrin-  
gung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der  
Kriegsopferfürsorge getragen werden, ist bei der Berechnung der Belastungsgrenze nur der Re-  
gelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. <sup>2</sup>Dies gilt gleicher-  
maßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb dieser Einrichtungen.

**→ nach oben**

[←zurück](#)

## **Kapitel 6 Verfahren und Zuständigkeit**

### **Zu § 51 – Bewilligungsverfahren**

#### **51.1 Zu Absatz 1**

51.1.1 <sup>1</sup>Die Festsetzungsstelle ist bei ihren Einzelfallentscheidungen an § 80 BBG, an die BBhV, an diese Verwaltungsvorschrift sowie an ergänzende Erlasse der obersten Dienstbehörde gebunden. <sup>2</sup>So-  
weit Festsetzungsstellen die Beihilfebearbeitung übertragen worden ist, bleibt oberste Dienstbe-  
hörde die Dienstbehörde des übertragenden Ressorts (vgl. auch § 3 Absatz 1 BBG).

51.1.2 <sup>1</sup>Die Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne nach § 14 Satz 2 und § 15a Absatz 1 Satz 2 gehören  
nicht zu den Gutachten im Sinne des Absatzes 1, deren Kosten von der Festsetzungsstelle zu  
tragen sind. <sup>2</sup>Die Aufwendungen für diese Heil- und Kostenpläne sind nach § 14 Satz 3 und § 15a  
Absatz 1 Satz 3 beihilfefähig.

51.1.3 Die Verpflichtung zur Pseudonymisierung personenbezogener Daten nach Satz 4 konkretisiert die  
Geheimhaltungspflicht nach § 55.

51.1.4 Nach Satz 2 hat die beihilfeberechtigte Person

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zustän-  
digen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusam-  
menhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisur-  
kunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen und
- sich auf Verlangen der Festsetzungsstelle ärztlichen und psychologischen Untersuchungs-  
maßnahmen zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung erforderlich sind.

51.1.5 Die Mitwirkungspflicht der beihilfeberechtigten Person besteht nicht, soweit

- ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zur beantragten Leistung steht,
- ihre Erfüllung unzumutbar ist,
- die Festsetzungsstelle sich die erforderlichen Kenntnisse mit geringerem Aufwand beschaffen  
kann als die beihilfeberechtigte Person,
- bei Behandlungen und Untersuchungen im Einzelfall
- ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen  
werden kann,
- die Maßnahme mit erheblichen Schmerzen verbunden ist oder einen erheblichen Eingriff in  
die körperliche Unversehrtheit bedeutet.

51.1.6 <sup>1</sup>In Härtefällen kann die beihilfeberechtigte Person, auch für berücksichtigungsfähige Personen, auf Antrag Ersatz des notwendigen Aufwandes einschließlich des Verdienstaufschlags in angemessenem Umfang erhalten. <sup>2</sup>Notwendig ist der geltend gemachte Aufwand nur dann, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person alle Möglichkeiten zur Minimierung des Aufwandes genutzt hat. <sup>3</sup>Dazu gehört im Falle des Verdienstaufschlags auch eine Verlegung der Arbeitszeit oder des Termins einer Untersuchung oder Begutachtung. <sup>4</sup>Ein Härtefall in diesem Sinn liegt nur dann vor, wenn der Verzicht auf die Erstattung des notwendigen Aufwandes in angemessener Höhe der beihilfeberechtigten Person aus Fürsorgegründen nicht zugemutet werden kann.

51.1.7 <sup>1</sup>Kommt die beihilfeberechtigte Person, auch für berücksichtigungsfähige Personen, ihren Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die Festsetzungsstelle ohne weitere Ermittlungen die Beihilfen versagen oder entziehen. <sup>2</sup>Dies gilt entsprechend, wenn die Aufklärung des Sachverhalts absichtlich erheblich erschwert wird.

51.1.8 <sup>1</sup>Beihilfeberechtigte Personen sind auf die möglichen Folgen mangelnder Mitwirkung vor dem Entzug der Leistungen schriftlich hinzuweisen. <sup>2</sup>Ihnen kann für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht eine angemessene Frist gesetzt werden.

51.1.9 Wird die Mitwirkung nachgeholt, ist die beantragte Beihilfe in Höhe des durch die Mitwirkung nachgewiesenen Anspruchs zu gewähren, soweit die Voraussetzungen für die Gewährung trotz verspäteter Erfüllung der Mitwirkungspflichten weiterhin vorliegen.

## 51.2 **Zu Absatz 2**

Zur Verfahrensweise wird auf Nummer 37.2 verwiesen.

51.2.2 <sup>1</sup>Die Beihilfe, die für zwölf Monate regelmäßig wiederkehrend in gleichbleibender Höhe zu den Aufwendungen in Pflegefällen gezahlt werden kann und entsprechend festgesetzt worden ist, braucht nur überprüft und korrigiert werden, wenn die beihilfeberechtigte Person innerhalb dieses Zeitraums Änderungen mitteilt. <sup>2</sup>Nach den zwölf Monaten ist die Zahlung einzustellen, es sei denn, es wurde ein neuer Antrag gestellt. <sup>3</sup>Die beihilfeberechtigte Person sollte rechtzeitig auf das Erfordernis einer neuen Antragstellung hingewiesen werden.

## 51.3 **Zu Absatz 3**

51.3.1 <sup>1</sup>Die BBhV verzichtet weitgehend auf bindende Formvorschriften für das Antragsverfahren. <sup>2</sup>Damit wird den Festsetzungsstellen die Möglichkeit gegeben, ein auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmtes Verfahren zu gestalten. <sup>3</sup>Auch die zu verwendenden Antragsformulare können nach den jeweiligen Anforderungen gestaltet werden. <sup>4</sup>Unverzichtbar für die Beihilfearbeitung sind persönliche Angaben zur Identifizierung der beihilfeberechtigten Person, Angaben zum Anspruch auf Bezüge und ggf. familienbezogene Zulagen (für die Prüfung des Beihilfeanspruchs und der

Berücksichtigungsfähigkeit) und zu sonstigen Ansprüchen (z. B. aus Krankenversicherungen oder Schadensersatzansprüchen bei Unfällen mit Ersatzpflicht Dritter).

51.3.2 Die Wahlleistungsvereinbarung muss zusammen mit den ersten Rechnungen über die Wahlleistungen dem Beihilfeantrag beigelegt werden. <sup>2</sup>Im Falle der Abrechnung von Wahlleistungen bei Rehabilitationseinrichtungen brauchen keine Wahlleistungsvereinbarungen vorgelegt werden. <sup>3</sup>Rehabilitationsmaßnahmen unterliegen nicht dem KHEntgG, also auch nicht § 17 KHEntgG. <sup>4</sup>Entsprechend berechnete Leistungen sind nach § 26 Absatz 1 Nummer 5 zu prüfen.

51.3.3 <sup>1</sup>Die Vorschrift ermöglicht die elektronische Beihilfearbeitung einschließlich der elektronischen Belegübermittlung und Bescheidversendung. <sup>2</sup>Aus der Vorschrift ergibt sich kein Anspruch der beihilfeberechtigten Person auf eine bestimmte Verfahrensgestaltung.

51.3.4 In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.

51.3.5 <sup>1</sup>Aufwendungen für Halbwaisen können mit Zustimmung der Festsetzungsstelle zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. <sup>2</sup>Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbwaisen bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung unverändert bestehen. <sup>3</sup>Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 wird durch die gemeinsame Antragstellung nicht begründet.

51.3.6 <sup>1</sup>Beihilfen werden nur zu Aufwendungen gewährt, die während des Bestehens einer Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit entstanden sind. <sup>2</sup>Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung oder keine Berücksichtigungsfähigkeit mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt waren.

#### 51.4 **Zu Absatz 4**

<sup>1</sup>Die Vorschrift dient der Verfahrensvereinfachung bei Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind. <sup>2</sup>Grundsätzlich obliegt es der beihilfeberechtigten Person, prüfbare Belege für Leistungen im In- und Ausland vorzulegen. <sup>3</sup>Soweit der Festsetzungsstelle die Prüfung der Belege ohne weitere Mitwirkung der beihilfeberechtigten Person möglich ist, bedarf es keiner weiteren Unterlagen. <sup>4</sup>Eine Übersetzung im Sinne von Satz 3 unterliegt keinen besonderen Formvorschriften; sie muss nicht amtlich beglaubigt sein. <sup>5</sup>Die Kosten einer erforderlichen Übersetzung sind nicht beihilfefähig. <sup>6</sup>Bei Rechnungsbeträgen in ausländischer Währung ist Nummer 11.1.2 zu beachten.

#### 51.5 **Zu Absatz 5**

51.5.1 <sup>1</sup>Grundsätzlich sind die eingereichten Belege zu vernichten. <sup>2</sup>Die Vernichtung der Belege umfasst nicht nur die der Festsetzungsstelle in Papierform vorliegenden Belege, sondern auch die Löschung der ggf. elektronisch übersandten Belegdateien.

51.5.2 Die Vernichtung der Belege hat so zu erfolgen, dass eine Rekonstruktion der Inhalte nicht möglich ist.

51.6 **Zu Absatz 6**

<sup>1</sup>Die Regelung schafft keinen Beihilfeanspruch; der Beihilfeanspruch steht materiell unverändert der beihilfeberechtigten Person zu. <sup>2</sup>Eine unbillige Härte kann unter anderem dann gegeben sein, wenn wegen des Getrenntlebens von beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen den berücksichtigungsfähigen Personen die Beihilfestellung durch die beihilfeberechtigte Person nicht zuzumuten ist. <sup>3</sup>Das kann z. B. der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass die beihilfeberechtigte Person die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Personen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Personen gewährten Beihilfen nicht zweckentsprechend einsetzt.

51.7 **Zu Absatz 7**

51.7.1 Die Antragsgrenze von 200 Euro gilt nicht, wenn die beihilfeberechtigte Person aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

51.7.2 <sup>1</sup>Zu Vermeidung von Härten kann die Festsetzungsstelle Ausnahmen von der Antragsgrenze zulassen. <sup>2</sup>Mit dieser Regelung werden die Festsetzungsstellen in die Lage versetzt, im Rahmen einer Einzelfallprüfung oder für bestimmte Personengruppen festzulegen, ob insbesondere unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht ein Abweichen von der Antragsgrenze angezeigt ist.

51.8 **Zu Absatz 8**

<sup>1</sup>Beihilfeberechtigten Personen können insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden. <sup>2</sup>Dabei ist es ausreichend, wenn durch Unterlagen, z. B. Kostenvoranschläge der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers dokumentiert wird, dass eine hohe Belastung vor der Beihilfebeantragung entsteht (z. B. Kauf eines Hilfsmittels mit einer sofort zu begleichenden Rechnung). <sup>3</sup>Einzahlungsbelege als Grundlage für eine Abschlagszahlung sind nicht erforderlich.

**→ nach oben**

←zurück

**51a Zu § 51a – Zahlung an Dritte**

**51a.1 Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

**51.a.2 Zu Absatz 2**

- 51.a.2.1 <sup>1</sup>Die jeweiligen Rechtsbeziehungen zwischen der beihilfeberechtigten Person und dem Beihilfeträger und die der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zum Krankenhaus bleiben unberührt. <sup>2</sup>Die Direktabrechnung bedeutet daher weder einen Schuldbeitritt noch eine Schuldübernahme.
- 51.a.2.2 <sup>1</sup>§ 51a Absatz 2 BBhV verpflichtet die Festsetzungsstellen, bei der Festsetzung abrechnungsrelevante Klärungen mit dem Krankenhaus durchzuführen. <sup>2</sup>So sollen Unstimmigkeiten oder Fehler in der Rechnung – wie etwa eine fehlende Wahlleistungsvereinbarung oder eine falsche DRG-Abrechnung usw. – im Vorfeld der Beihilfefestsetzung zwischen Krankenhaus und Festsetzungsstelle abgeklärt werden. <sup>3</sup>Gelingt dies nicht, sind eventuelle Rechtsstreitigkeiten nach der Beihilfefestsetzung zwischen der behandelten Person und dem Krankenhaus zu klären.
- 51.a.2.3 <sup>1</sup>Erfasst werden nur Krankenhäuser, die auch für die Behandlung von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 108 SGB V zugelassen sind. <sup>2</sup>Privatkliniken oder Kliniken im Ausland werden nicht erfasst. <sup>3</sup>Hier bleibt es bei dem bewährten Erstattungsverfahren. <sup>4</sup>Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser nehmen nur dann am Direktabrechnungsverfahren teil, wenn sie der Rahmenvereinbarung zwischen der DKG und dem BMI beitreten. <sup>5</sup>Dies kann sowohl generell mittels durch formellen ausdrücklichen Beitritts, als auch im jeweiligen einzelnen Behandlungsfall durch bloße Übersendung des Beihilfeantrags an die Festsetzungsstelle zur Direktabrechnung erfolgen. <sup>6</sup>Das BVA veröffentlicht eine Liste der bisher generell beigetretenen Krankenhäuser unter <https://www.bva.bund.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/Bundes-bediensetzte/Gesundheit-Vorsorge/Beihilfe/2018/krankenhausdirektab-rechnung.html>. <sup>7</sup>Es wird dennoch den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen empfohlen, wenn möglich, im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes die Teilnahme am Direktabrechnungsverfahren bei den Krankenhäusern zu erfragen, sofern sie dieses Verfahren in Anspruch nehmen wollen.
- 51.a.2.4 <sup>1</sup>Umfasst von der Krankenhausdirektabrechnung sind die beihilfefähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und ggf. Wahlleistungen für gesonderte Unterkunft. <sup>2</sup>Werden ausnahmsweise wahlärztliche Leistungen in der Krankenhausrechnung mit liquidiert, finden die Regelungen zur Direktabrechnung auch Anwendung. <sup>3</sup>Nicht beihilfefähige Leistungen, Abzugsbeträge für eine gesondert berechenbare Unterkunft nach § 26 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b oder Eigenbehalte nach § 49 sind nicht erfasst und müssen weiterhin von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person unmittelbar dem Krankenhaus erstattet werden.

← zurück

- 51.a.2.5 Das Abrechnungsverfahren gliedert sich in die drei Teilschritte:
1. Aufnahmeverfahren im Krankenhaus,
  2. Übermittlung der Rechnung und anderer Unterlagen durch das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle und
  3. Beihilfezahlung unmittelbar an das Krankenhaus.
- 51.a.2.6 <sup>1</sup>Das Direktabrechnungsverfahren beginnt mit der Stellung eines Antrages nach Anlage 16. <sup>2</sup>Nach der Behandlung sendet das Krankenhaus den Antrag zusammen mit der Rechnung an die Festsetzungsstelle. <sup>3</sup>Nach Prüfung der Rechnung wird der Rechnungsbetrag in Höhe der Beihilfe durch die Festsetzungsstelle an das Krankenhaus überwiesen. <sup>4</sup>Die beihilfeberechtigte Person erhält einen abschließenden Bescheid.
- 51.a.2.7 Die Festsetzungsstelle soll prüfen, ob Ausschlussgründe, die einer Direktabrechnung entgegenstehen, die ohne großen Aufwand behoben werden können.
- 51.a.2.8 <sup>1</sup>Kommt eine Direktabrechnung nicht in Betracht, erhält die beihilfeberechtigte Person einen entsprechenden Ablehnungsbescheid, dessen Inhalt dem Krankenhaus mitgeteilt wird. <sup>2</sup>In diesem Fall ist dann das übliche Beihilfeverfahren zu beschreiten.

→ nach oben

←zurück

### **Zu § 52 – Zuordnung der Aufwendungen**

- 52.1 Die Zuordnung der Aufwendungen bestimmt den für die Aufwendungen anzusetzenden Beihilfebemessungssatz.
- 52.2 <sup>1</sup>Nach Nummer 4 sind nur die Aufwendungen für das gesunde Neugeborene der Mutter zugeordnet. <sup>2</sup>Darüber hinausgehende Aufwendungen, die durch eine Erkrankung des Kindes entstehen, sind davon nicht erfasst; diese Aufwendungen sind dem Kind zuzuordnen.

→ nach oben

←zurück

**Zu § 53 – (weggefallen)**

[←zurück](#)

## **Zu § 54 – Antragsfrist**

### **54.1 Zu Absatz 1**

- 54.1.1 <sup>1</sup>Bei Versäumnis der Antragsfrist ist auf Antrag eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen nach § 32 VwVfG vorliegen. <sup>2</sup>Das gilt auch in den Fällen des § 51 Absatz 6 BBhV.
- 54.1.1.1 Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist danach zu gewähren, wenn die Antragsfrist durch Umstände versäumt worden ist, die die beihilfeberechtigte Person nicht zu verantworten hat.
- 54.1.1.2 Innerhalb von zwei Wochen nach dem Wegfall des Hindernisses ist sowohl der Beihilfeantrag nachzuholen als auch glaubhaft zu machen, dass weder die beihilfeberechtigte Person noch ihr Vertreter das Fristversäumnis zu vertreten hat.
- 54.1.1.3 <sup>1</sup>Ein Jahr nach Beendigung der versäumten Frist kann die Wiedereinsetzung nur dann beantragt werden, wenn dies vor Ablauf dieser Frist auf Grund höherer Gewalt unmöglich war. <sup>2</sup>Höhere Gewalt liegt nur dann vor, wenn das Fristversäumnis auf ungewöhnlichen und unvorhersehbaren Umständen beruht und deren Folgen trotz aller Sorgfalt nicht hätten vermieden werden können.
- 54.1.2 <sup>1</sup>Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 95 SGB VIII, § 93 SGB XII oder § 27g BVG einen Beihilfeanspruch geltend machen. <sup>2</sup>Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er der beihilfeberechtigten Person zusteht, auf den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge über. <sup>3</sup>Eine Überleitung nach § 95 SGB VIII, § 93 SGB XII oder § 27g BVG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für die beihilfeberechtigte Person selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für ihre nicht getrennt lebenden Ehegattin, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten, ihrer nicht getrennt lebenden Lebenspartnerin oder ihren nicht getrennt lebenden Lebenspartner oder für die berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) der beihilfeberechtigten Person entstanden sind. <sup>4</sup>In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.
- 54.1.3 <sup>1</sup>Leitet der Träger der Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge nicht über, sondern nimmt die beihilfeberechtigte Person nach § 19 Absatz 5 SGB XII oder § 81b BVG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur die beihilfeberechtigte Person den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge ist zulässig. <sup>2</sup>Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge ist ausgeschlossen (zur Abtretung siehe hierzu Nummer 10.1.3).

54.1.4 <sup>1</sup>Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von § 51 Absatz 3 Satz 2 vor, wenn die Rechnung

- den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),
- die Leistungsempfängerin oder den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
- die Art (z. B. Pflege, Heilmittel) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
- die Kosten der Leistung

enthält. <sup>2</sup>Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. <sup>3</sup>Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Trägers der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. <sup>4</sup>In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

#### 54.2 **Zu Absatz 2**

Die Vorschrift soll beihilfeberechtigten Personen mit ausländischem Dienstort von Erschwernissen entlasten, die auf den Besonderheiten des dienstlichen Einsatzes beruhen (z. B. längere Postlaufzeiten).

**→ nach oben**

←zurück

### **Zu § 55 – Geheimhaltungspflicht**

<sup>1</sup>Abweichend von der Pflicht zur Geheimhaltung personenbezogener Daten, die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt werden, ist die Weitergabe dieser Daten gemäß § 108 Absatz 2 BBG erlaubt, wenn sie erforderlich sind für die Einleitung oder Durchführung eines im Zusammenhang mit einem Beihilfeantrag stehenden behördlichen oder gerichtlichen Verfahrens, zur Abwehr erheblicher Nachteile für das Gemeinwohl, einer sonst unmittelbar drohenden Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Rechte einer anderen Person oder wenn die betroffene Person im Einzelfall eingewilligt hat. <sup>2</sup>Zudem gestattet § 108 Absatz 4 BBG, bestimmte anspruchsbegründende und anspruchshemmende in der Person des Beamten oder seiner Familienangehörigen liegende Daten, die für die Festsetzung und Rechnung der Besoldungs- und Versorgungsbezüge und zur Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich sind, zu nutzen bzw. an die zuständige Behörde zu übermitteln.

→ nach oben

←zurück

## **Zu § 56 – Festsetzungsstellen**

### **56.0 Allgemein**

- 56.0.1 Werden beihilfeberechtigte Personen innerhalb des Bundesdienstes abgeordnet, verbleibt es bei der Zuständigkeit der bisherigen Festsetzungsstelle.
- 56.0.2 Werden beihilfeberechtigte Personen zu einer Dienststelle außerhalb der Bundesverwaltung abgeordnet, bleibt die bisherige Festsetzungsstelle weiterhin zuständig.
- 56.0.3 Werden Beamtinnen und Beamte eines anderen Dienstherrn in den Bundesdienst abgeordnet, bleibt der bisherige Dienstherr für die Beihilfegewährung weiterhin zuständig.
- 56.0.4 Die abgebenden und die aufnehmenden Dienstherrn können von den Nummern 56.0.1 bis 56.0.3 abweichende Regelungen treffen.
- 56.0.5 Mit der Wirksamkeit der Versetzungsverfügung ist die aufnehmende Behörde für die Beihilfegewährung zuständig.
- 56.0.6 Verlegt eine beihilfeberechtigte Person ihren Wohnsitz aus privaten Gründen ins Ausland, bleibt die für sie zuständige Festsetzungsstelle ggf. bis zu einer anderen Entscheidung der obersten Dienstbehörde weiterhin zuständig.
- 56.0.7 <sup>1</sup>Soweit nicht bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts ausnahmsweise eigene Dienstherreneigenschaft besitzen, ist Dienstherr der Bund (§ 2 BBG). <sup>2</sup>Insoweit kann die Beihilfearbeitung auch Festsetzungsstellen des Bundes außerhalb des eigenen Ressorts übertragen werden.

56.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

56.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

56.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

→ nach oben

[←zurück](#)

**Zu § 57 – (weggefallen)**

[←zurück](#)

## Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften

### Zu § 58 – Übergangsvorschriften

#### 58.1 **Zu Absatz 1**

<sup>1</sup>Nach § 4 Absatz 1 Satz 3 werden im Ausland erzielte Einkünfte der Ehegattin, der Lebenspartnerin, des Ehegatten oder des Lebenspartners einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 (mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland) nicht berücksichtigt. <sup>2</sup>Das gilt auch bei der Prüfung, ob die Ehegattin, die Lebenspartnerin, der Ehegatte oder der Lebenspartner von dieser Übergangsvorschrift erfasst wird.

#### 58.2 **Zu Absatz 2** (unbesetzt)

#### 58.3 **Zu Absatz 3** (unbesetzt)

#### 58.4 **Zu Absatz 4** (unbesetzt)

[→ nach oben](#)

**Zu § 59 – Inkrafttreten**  
(unbesetzt)

**→ nach oben**

[←zurück](#)

### **Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Juli 2017 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Juni 2013 (GMBI S. 721) außer Kraft.

Berlin, den 26. Juni 2017  
D 6 - 30111/1#2  
Der Bundesminister des Innern  
Im Auftrag

Hollah

←zurück

**Anhang 1**  
(zu den Nummern 5.5 und 46.3)

Absender Festsetzungsstelle

---

Festsetzungsstelle der Ehegattin / des Ehegatten /  
der Lebenspartner / des Lebenspartners

**Mitteilung zum Bezug von Beihilfen für berücksichtigungsfähige Kinder  
und des erhöhten Bemessungssatzes (§§ 4, 5 und 46 BBhV)**

1. Beihilfeberechtigte Person

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

2. Ehegatte/Lebenspartner

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

---

Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

Die unter 1. genannte beihilfeberechtigte Person erhält für folgende berücksichtigungsfähige Kinder Beihilfen und – bei zwei und mehr Kindern – den erhöhten Bemessungssatz (§ 5 Absatz 4 und § 46 Absatz 3 BBhV)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Formblätter zum Verfahren bei ambulanter Psychotherapie**  
**Formblatt 1 (zu Nummer 18a.4.2)**

**Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**

**I. Pseudonymisierungscode der beihilfeberechtigten Person**

Ich beantrage die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

Ort, Datum .....

(Unterschrift der beihilfeberechtigten Person)

**II. Auskunft für die Patientin / den Patienten**

A. Wer wird behandelt?

(beihilfeberechtigte Person / Ehegattin / Ehegatte / Lebenspartnerin / Lebenspartner / Tochter / Sohn)

Alter:

B. Schweigepflichtentbindung

Ich .....

- ermächtigte Frau / Herrn

.....,  
der Fachgutachterin / dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben,

- entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht der Ärztin / des Arztes oder der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt) und
- bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin / der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Ort, Datum.....

Unterschrift der Patientin / des Patienten oder  
der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters

### Bescheinigung der Therapeutin / des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose \_\_\_\_\_

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- Erstbehandlung     Verlängerung/Folgebehandlung
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

- ja                     nein

wenn ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

Anzahl der Einzelsitzungen \_\_\_\_\_ Anzahl der Gruppensitzungen \_\_\_\_\_

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

- ja                             nein                    Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

6. Gebührenziffern:

Gebühr je Sitzung \_\_\_\_\_

### Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. **Ärztinnen und Ärzte** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

verliehen:                     **vor** dem 1. April 1984

**nach** dem 1. April 1984

Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Schwerpunkt Verhaltenstherapie

Bereichsbezeichnung Psychoanalyse

Eine Berechtigung zur Behandlung \_\_\_\_\_

- in Gruppen
- von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

- Eine Berechtigung zur Anwendung der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung nach Abschnitt 5 Nummer 1 oder Nummer 3 liegt vor.

## 2. **Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

### 2.1 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Datum der Approbation \_\_\_\_\_ als

- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 Absatz 3 Nummer 1 PsychThG und entsprechend Abschnitt 3 Nummern 2, 3 und 4, Abschnitt 4 Nummer 2 sowie Abschnitt 5 Nummer 2 und 3 der Anlage 3 zur BBhV vor?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

bei  Erwachsenen, bei  Kindern und Jugendlichen, in  Gruppen.

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG)

\_\_\_\_\_

Liegt:

- a) eine KV-Zulassung vor? ja  nein   
KV-Zulassungsnummer: \_\_\_\_\_, bei welcher KV? \_\_\_\_\_
- b) ein Eintrag in das Arztregister vor? ja  nein   
bei welcher KV? \_\_\_\_\_

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

\_\_\_\_\_

### 2.2 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation \_\_\_\_\_ als

- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: \_\_\_\_\_, bei welcher KV? \_\_\_\_\_

Ggf. Eintragung in das Arztregister bei KV \_\_\_\_\_

Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit Abschnitt 3 Nummern 3, 4 und 6, Abschnitt 4 Nummer 3 sowie Abschnitt 5 Nummern 2 und 3 der Anlage 3 zur BBhV und § 95c Satz 2 Nummer 3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben:

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

bei  Erwachsenen, bei  Kindern und Jugendlichen, in  Gruppen.

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31. Dezember 1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut:

ja  nein

für

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und
- analytische Psychotherapie,
- Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes: \_\_\_\_\_

Datum des Abschlusses: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

(Unterschrift und Stempel der Therapeutin oder des Therapeuten)

## Formblatt 2 (zu Nummer 18a.4.2)

Absender:.....  
(Name und Anschrift der Therapeutin oder des Therapeuten)

**Bericht** Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten farbigen Umschlag an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin / den Gutachter zu übersenden.

an die Gutachterin oder den Gutachter zum Antrag

### auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

#### I. Angaben über die Patientin oder den Patienten

Pseudonymisierungscode (von der Festsetzungsstelle vorgegeben)	Fa- milienstand
--	--------------------

Alter	Geschlecht	Beruf
-------	------------	-------

#### II. Angaben über die Behandlung

1. Art der vorgesehenen Therapie:  
.....

2. Datum des Therapiebeginns:  
.....

3. Anzahl und Frequenz der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen: .....
---

4. Anzahl und Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen (insgesamt und wöchentlich): .....
---

#### III. Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie

##### Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (K+J)

##### Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

- Spontanangaben** der Patientin / des Patienten zu ihrem / seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin / des Patienten (bei K+J auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer / psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlussbericht beifügen.
- Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung / Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei K+J auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts.  
  
Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).
- Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung)

möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung?

4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin oder des Patienten in ihrer oder seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei K+J auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, sofern sie die Psychodynamik plausibel macht.
5. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biographie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.  
  
Bei K+J: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ich-Defekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.
6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.
7. **Behandlungsplan:** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und unter Darlegung realisierbarer erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. Es muss in jedem Fall ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.
8. **Prognostische Einschätzung:** bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der Patientin / des Patienten und ihrer / seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung sowie seiner Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei K+J auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin / des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

#### **Bericht zum Fortführungsantrag**

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.
2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei K+J auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin oder des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der Patientin / des Patienten, ihre / seine Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei K+J Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin / des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten des Patienten, seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.
4. Änderungen des Therapieplanes mit Begründung.
5. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin / des Patienten und unter Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

#### **IV. Bericht der Therapeutin / des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie**

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Beschwerden der Patientin / des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen

Zitaten ggf. auch Bericht der Angehörigen / Bezugspersonen der Patientin / des Patienten. (Warum kommt die Patientin / der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)

**2. Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin / des Patienten und Krankheitsanamnese:**

- a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
- b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
- c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
- d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant / stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

Bei einer Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.

**3. Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)

- a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
- b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
- c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).

**4. Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung?

**5. Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.

Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.

Beschreibung von Verhaltensaktiva und von bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik der Patientin / des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.

**6. Diagnose:** Darstellung der Diagnose auf Grund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.

**7. Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.

**8. Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

**Bericht zum Fortführungsantrag**

**1. Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1 bis 3 und 5 des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen der Patientin / des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.

2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit der Patientin / des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.
3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen der Patientin / des Patienten.

....., den .....

(Stempel und Unterschrift  
der Therapeutin oder des Therapeuten)

**Formblatt 3 (zu Nummer 18a.4.2)**

Pseudonymisierungscode

**Konsiliarbericht\*)**

**vor Aufnahme  
einer Psychotherapie  
auf Veranlassung von:**

\_\_\_\_\_  
*Name der Therapeutin oder / des Therapeuten*

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme
------------------

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

--

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

--

--

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

--

--

Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stationär / ambulant (z. B. laufende Medikation):

--

--

Befunde, die eine ärztliche / ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

--

--

Befunde, die eine psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

--

Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist

erfolgt

veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich -veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

Bestehen auf Grund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Ausfertigung für die Therapeutin oder den Therapeuten

\*) Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.

**Formblatt 4 (zu Nummer 18a.4.5)**

(Festsetzungsstelle)

┌

┐

(Anschrift der Gutachterin oder des Gutachters)

└

┘

Beihilfe

Psychotherapie-Gutachten

**Anlagen:**

- 1 Antrag
- 1 Bericht der Therapeutin / des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
- 1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 5 – dreifach)
- 1 Freiumschlag

Sehr geehrte Frau / Sehr geehrter Herr,

ich bitte um Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

für .....

Pseudonymisierungscode

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit und Entbindung von der Schweigepflicht ist der Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag beigelegt.

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

(Gutachten vom ..... Anzahl der Sitzungen .....

Name der Gutachterin oder des Gutachters

.....)\*)

Ich bitte Sie, mir Ihr Gutachten in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 5 sowie eine Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

---

\*) Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

**Formblatt 5 (zu Nummer 18a.4.5)**

Psychotherapie-Gutachten

für .....  
Pseudonymisierungscode

Auftragsschreiben vom

**Stellungnahme:**

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?

1. für die Patientin oder den Patienten

2. für die begleitende Psychotherapie der Bezugsperson

Einzelsitzungen	Gruppensitzungen

.....  
(Stempel und Unterschrift der Gutachterin oder des Gutachters)

**Formblatt 6 (zu Nummer 18a.4.6)**

(Festsetzungsstelle)

.....

┌

└

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder  
bevollmächtigten Person)

└

┌

**Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie**

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte Frau / Sehr geehrter Herr,

auf Grund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

- tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- analytischen Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

für.....durch.....  
(Name der Patientin oder des Patienten) (Name der Therapeutin oder des Therapeuten)

für eine

- Einzelbehandlung  Gruppenbehandlung bis zu weiteren

..... Sitzungen

- begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu weiteren

..... Sitzungen

nach Maßgabe der Beihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannt.

**Rechtsbehelfsbelehrung:**

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der oben genannten Festsetzungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag



Kreditinstitut:

IBAN

## 6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und dass die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

---

Ort, Datum

→ **nach oben**

---

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller