

Verordnung über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und sonstigen Fällen

(Bayerische Beihilfeverordnung – BayBhV)

Vom 2. Januar 2007

(GVBl. S. 15)

BayRS 2030-2-27-F

Vollzitat nach RedR: Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV) vom 2. Januar 2007 (GVBl. S. 15, BayRS 2030-2-27-F), die zuletzt durch die §§ 1 und 2 der Verordnung vom 8. Mai 2025 (GVBl. S. 141, 344) geändert worden ist

Auf Grund des Art. 86a Abs. 5 Satz 1 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. August 1998 (GVBl. S. 702, BayRS 2030-1-1-F), zuletzt geändert durch § 1 des Gesetzes vom 8. Dezember 2006 (GVBl. S. 987), erlässt das Bayerische Staatsministerium der Finanzen folgende Verordnung:

Abschnitt I Allgemeines

§ 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

(1) ¹Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, bei Schutzimpfungen und sonstigen Fällen. ²Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) ¹Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. ²Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; jedoch ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger bezüglich des für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrags einer Beihilfe zulässig.

Abschnitt II Personenkreis, Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen, Konkurrenzregelungen

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamtinnen, Beamte, Richterinnen und Richter sowie Dienstanfängerinnen und Dienstanfänger,
2. Ruhestandsbeamtinnen, Ruhestandsbeamte, Richterinnen und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamtinnen, Beamte, Richterinnen und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen wurden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
3. Witwen und Witwer, hinterbliebene Lebenspartner (Lebenspartnerinnen und Lebenspartner im Sinn des § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes) sowie die in Art. 39 des Bayerischen Beamtenversorgungsgesetzes (BayBeamtVG) genannten Kinder der in Nrn. 1 und 2 bezeichneten Personen.

(2) ¹Beihilfeberechtigung der in Abs. 1 bezeichneten Personen besteht nur, wenn und solange sie Grundbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgeld auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner, Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen oder Unterhaltsbeitrag erhalten. ²Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(3) Beihilfeberechtigt sind nicht

1. Ehrenbeamtinnen und -beamte sowie ehrenamtliche Richterinnen und Richter,
2. Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt sind,
3. Beamtinnen, Beamte, Richterinnen, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes (EuAbgG), § 27 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

§ 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte oder der Lebenspartner der oder des Beihilfeberechtigten,
2. die im Orts- und Familienzuschlag nach dem Bayerischen Besoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder von Beihilfeberechtigten.

(2) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, für die der Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im Orts- und Familienzuschlag nur entfällt, weil das Kindergeld oder der Kinderfreibetrag nach Abschluss einer erstmaligen Berufsausbildung oder eines Erststudiums wegen des Umfangs der Erwerbstätigkeit in der weiteren Ausbildung (§ 32 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Einkommensteuergesetzes – EStG) nicht gewährt wird; dies gilt bis zum Ablauf des Monats, für den ohne Beachtung des maßgebenden Umfangs der Erwerbstätigkeit der kinderbezogene Anteil im Orts- und Familienzuschlag gezahlt würde, längstens bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das in § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2 EStG genannte Lebensalter vollendet hat.

(3) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister von Beihilfeberechtigten oder deren Ehegatten oder deren Lebenspartner,
2. Ehegatten oder Lebenspartner und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.

§ 4 (aufgehoben)

§ 5 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

(1) ¹Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung

1. aus einem neuen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem bereits bestehenden Dienstverhältnis,
2. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,
3. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsbezüge aus.

²Satz 1 Nr. 3 gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um ein Witwengeld oder Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner handelt.

(2) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger vor.

(3) ¹Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften oder ein dem Grunde nach bestehender Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. ²Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 11 EuAbgG, § 27 AbgG oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 des Bundesbeamtengesetzes gegen das Bundeseisenbahnvermögen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) ¹Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. ²Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) ¹Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für seine Aufwendungen nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, der den entsprechenden Anteil des Orts- und Familienzuschlags oder vergleichbare Vergütungsbestandteile erhält oder den die Beihilfeberechtigten in einer gemeinsamen Erklärung bestimmt haben. ²Ist im Beihilferecht des Bundes oder eines Landes eine feste Zuordnung von Kindern vorgesehen, gilt das Wahlrecht nach Satz 1 als ausgeübt.

§ 6 Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

(1) ¹Bei vorrangig in Anspruch zu nehmenden oder anzurechnenden Leistungen im Sinn des Art. 96 Abs. 2 Sätze 2 bis 5 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) handelt es sich um Leistungsansprüche, die auf Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen nach Bundes- oder Landesrecht beruhen. ²Gewährte Zuschüsse im Sinn des Art. 96 Abs. 2 Satz 4 BayBG werden in voller Höhe auf die beihilfefähigen Aufwendungen angerechnet. ³Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen nach Maßgabe der §§ 14 bis 17 sind hierbei 75 % als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. ⁴Sätze 2 und 3 gelten auch, soweit Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen wurden. ⁵Art. 96 Abs. 2 Satz 3 BayBG gilt nicht

1. für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,
2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Versicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person, der Witwe oder des Witwers oder des hinterbliebenen Lebenspartners erfasst werden.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. insoweit, als Schadenersatz von Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind; abweichend hiervon sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach Art. 14 BayBG zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt,
2. von Beamtinnen und Beamten, denen auf Grund von Art. 96 des Bayerischen Besoldungsgesetzes (BayBesG) Heilfürsorge zusteht.

Abschnitt III Grundsatz der Beihilfefähigkeit

§ 7 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) ¹Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn

1. sie dem Grunde nach medizinisch notwendig,

2. sie der Höhe nach angemessen sind und
3. die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

²Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ,
2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ,
3. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) .

³Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. ⁴Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOÄ sowie § 2 Abs. 1 GOZ erbracht werden, sind grundsätzlich nur nach den Vorgaben des Satzes 3 beihilfefähig. ⁵Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind nach Maßgabe der **Anlage 1** beihilfefähig. ⁶Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle.

(2) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für Angehörige diese berücksichtigungsfähig sind. ²Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(3) ¹Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen können auch auf der Basis von Verträgen und Vereinbarungen bewertet werden. ²Die Dienstherren – im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen und für Heimat (Staatsministerium) – können hierzu mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüsse Verträge über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. ³Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. ⁴Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die entsprechenden Landesverbände, private Krankenversicherungsunternehmen oder andere Beihilfeträger des Bundes, der Länder und sonstiger Dienstherren Verträge im Sinn des Satzes 2 mit Leistungserbringern geschlossen haben, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze ebenfalls der Beihilfefestsetzung zugrunde gelegt werden.

(4) Nicht beihilfefähig sind

1. die in den §§ 8 bis 41, 43 und 44 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten oder den Lebenspartner des Beihilfeberechtigten entstanden sind, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den in Art. 96 Abs. 1 Satz 1 BayBG festgelegten Höchstbetrag übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten oder dem Lebenspartner trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Die Einhaltung dieser Höchstgrenze ist in regelmäßigen Abständen auf Verlangen der Beihilfefestsetzungsstelle durch die Vorlage eines Auszugs des Einkommensteuerbescheids des Bezugsjahres zu belegen. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte oder Lebenspartner im laufenden Kalenderjahr keine Einkünfte mehr, die den in Art. 96 Abs. 1 Satz 1 BayBG festgelegten Höchstbetrag übersteigen und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr dieser Höchstbetrag auch nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartners im abgelaufenen Kalenderjahr den Höchstbetrag überschritten haben. Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das

Staatsministerium – kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, die Gewährung von Beihilfen zulassen;

2. Aufwendungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 6 BayBG; hierzu zählen auch Werkstätten für behinderte Menschen;

3. Aufwendungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ, Anlage 1 Abschnitt G Allgemeine Bestimmungen Satz 2 bis 4 GOZ sowie nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ erbracht werden;

4. Aufwendungen für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge medizinisch nicht notwendiger Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings entstehen;

5. Aufwendungen im Zusammenhang mit der Erbringung medizinischer Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien für die Beschaffung, den Betrieb oder die technische Anbindung der Endgeräte sowie für Telekommunikationsdienstleistungen; dies gilt nicht für Aufwendungen für Geräte und deren Betrieb, die ausschließlich für eine medizinische Behandlung notwendig sind.

(5) Aufwendungen für Untersuchungen oder Behandlungen nach wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden einschließlich der hierbei verordneten Arznei- und Verbandmittel und Medizinprodukte, die in

1. **Anlage 2** Nr. 1 aufgeführt sind, sind nicht beihilfefähig (Ausschluss),

2. **Anlage 2** Nr. 2 aufgeführt sind, sind nur unter den jeweiligen dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig (Teilausschluss).

Abschnitt IV Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

§ 8 Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen

¹Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen,

2. ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach der Anlage Abschnitt B und G GOÄ nach Maßgabe der §§ 9 bis 13,

3. zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Maßgabe der §§ 14 bis 17.

²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden.

§ 9 Allgemeine Abrechnungsgrundlagen für psychotherapeutische Leistungen

(1) ¹Zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören Leistungen der

1. psychosomatischen Grundversorgung (§ 10),

2. psychotherapeutischen Sprechstunde (Abs. 5),

3. Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (Abs. 6),

4. psychotherapeutischen Akutbehandlung (Abs. 8),

5. tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 11),

6. Verhaltenstherapien (§ 12),

7. Systemischen Therapie (§ 12a).

²Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nr. 4 bis 7 sind nur beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen (depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen, Dysthymie),
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

³Eine Psychotherapie kann neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
2. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substituierungsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchfreiheit,
3. seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
4. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
5. schizophrene und affektive psychotische Störungen.

(2) ¹Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach der Anlage Abschnitt B und G GOÄ abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten nach Abs. 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach den probatorischen Sitzungen nach Abs. 5 die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

3. die Festsetzungsstelle vor Beginn oder Verlängerung der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines auf einem pseudonymisierten Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten beruhenden vertrauensärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

²Satz 1 gilt nicht für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlungen. ³Mit der Erstellung von Gutachten nach Satz 1 Nr. 3 sind Gutachterinnen und Gutachter zu beauftragen, die nach § 35 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) vom 19. Februar 2009 (BAnz 2009 S. 1399) in der jeweils geltenden Fassung, bestellt sind.

(3) Auf die Einholung eines Gutachtens im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 kann verzichtet werden, wenn sichergestellt ist, dass die zuständige Beihilfefestsetzungsstelle selbst in der Lage ist, Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung zu bewerten.

(4) ¹Von dem Anerkennungsverfahren nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzel- oder Gruppenbehandlung im Rahmen einer Kurzzeittherapie nicht mehr als 24 Sitzungen, bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung für nicht mehr als 30 Sitzungen unter Einbeziehung von Bezugspersonen, erfordert. ²Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung nach Satz 1 richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. ³Zwei in einer Gruppenbehandlung erbrachte Sitzungen werden bei einer überwiegend erbrachten Einzelbehandlung als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. ⁴Die in der Einzelbehandlung erbrachte Sitzung wird bei einer überwiegend erbrachten Gruppenbehandlung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet. ⁵Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach Abs. 8 werden mit der Anzahl der Sitzungen mit der Kurzzeittherapie verrechnet. ⁶Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über 24 oder 30 Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. ⁷Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle auf Grund der Stellungnahme durch ein vertrauensärztliches Gutachten zur Notwendigkeit und Umfang beihilfefähig; Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 gelten entsprechend. ⁸Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf die nach Satz 7 genehmigten Sitzungen anzurechnen.

(5) ¹Aufwendungen für eine psychotherapeutische Sprechstunde als Einzeltherapie sind je Krankheitsfall für bis zu sechs Sitzungen in Einheiten von mindestens 25 Minuten beihilfefähig. ²Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Aufwendungen für bis zu zehn Sitzungen je Krankheitsfall als Einzeltherapie beihilfefähig. ³Die Zahl der durchgeführten Sprechstunden werden nicht auf die nach den §§ 11 bis 12a genehmigten Sitzungen angerechnet.

(6) ¹Aufwendungen für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung sind je Krankheitsfall für bis zu vier Sitzungen in Einheiten von 100 Minuten beihilfefähig. ²Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind unter Einbeziehung von Bezugspersonen zusätzlich bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall beihilfefähig. ³Die Sitzungen können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden. ⁴Abs. 5 Satz 3 gilt entsprechend.

(7) ¹Aufwendungen für bis zu fünf probatorische Sitzungen, bei analytischer Psychotherapie für bis zu acht probatorische Sitzungen, sind beihilfefähig, auch wenn Bezugspersonen einbezogen werden. ²Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind zwei zusätzliche probatorische Sitzungen beihilfefähig. ³Die probatorische Sitzung umfasst im Einzelsetting 50 Minuten und im Gruppensetting 100 Minuten. ⁴Probatorische Sitzungen im Gruppensetting können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden. ⁵Probatorische Sitzungen sind nicht auf die beihilfefähigen Kontingente der Behandlungen von Kurz- oder Langzeittherapien anzurechnen.

(8) ¹Aufwendungen für Leistungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Sitzungen je Krankheitsfall beihilfefähig. ²Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind abweichend von Satz 1 bis zu 30 Sitzungen als Einzeltherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig. ³Sind im Anschluss an die Akutbehandlung weitere Behandlungen nach den §§ 11 bis 12a erforderlich, sind Aufwendungen für weitere Sitzungen nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle auf Grund eines vertrauensärztlichen Gutachtens zu Notwendigkeit und Umfang der Behandlung beihilfefähig; Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 gelten entsprechend. ⁴Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen wird auf die Zahl der bewilligten Sitzungen nach den §§ 11 bis 12a angerechnet.

(9) ¹Bei der psychosomatischen Grundversorgung ist Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 nicht anzuwenden. ²Maßnahmen nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(10) ¹Eine Therapie mittels katathymen Bilderlebens ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts, eine Rational Emotive Therapie nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig. ²Aufwendungen für eine Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung (EMDR) sind nur bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie sowie der Systemischen Therapie beihilfefähig.

(11) Erfolgt die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens der ärztliche Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

(12) Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen für gleichzeitige Behandlungen nach Abs. 3 sowie den §§ 10 bis 12a und
2. die in § 13 aufgeführten Behandlungsverfahren.

§ 10 Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die beihilfefähige psychosomatische Grundversorgung umfasst:

1. verbale Interventionen im Rahmen der Anlage Nr. 849 GOÄ oder
2. übende und suggestive Interventionen nach Anlage Nr. 845 bis 847 GOÄ – autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Hypnose –.

(2) ¹Beihilfefähig sind je Krankheitsfall bei

1. verbaler Intervention als Einzelbehandlung bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
2. autogenem Training und progressiver Muskelrelaxation nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich, sowie
3. Hypnose als Einzelbehandlung bis zu zwölf Sitzungen.

²Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 dürfen nicht in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nrn. 2 und 3 kombiniert werden. ³Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Anlage Nr. 849 GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für

1. Allgemeinmedizin,
2. Augenheilkunde,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
5. Innere Medizin,
6. Kinder- und Jugendmedizin,
7. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
8. Neurologie,
9. Phoniatrie und Pädaudiologie,
10. Psychiatrie und Psychotherapie,
11. Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
12. Urologie

durchgeführt wird.

(4) Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von Ärztinnen oder Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten erbracht werden, soweit diese über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Interventionen verfügen.

§ 11 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) ¹Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
a) Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
b) Ausnahmefälle	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
a) Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
b) Ausnahmefälle	nochmals weitere 140 Sitzungen	nochmals weitere 70 Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
a) Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen
b) Ausnahmefälle	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 30 Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
a) Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
b) Ausnahmefälle	nochmals weitere 90 Sitzungen	nochmals weitere 30 Sitzungen.

²In den Fällen des Satzes 1 Nr. 4 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor dem 21. Lebensjahr begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig. ³Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ⁴Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 9 Abs. 1, 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. ⁵Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme durch ein vertrauensärztliches Gutachten im Sinn des § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, auch in Fällen des § 9 Abs. 3.

(2) Wird die medizinische Notwendigkeit der Einbeziehung von Bezugspersonen nachgewiesen, sind hierdurch entstandene Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

1. bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind die dafür vorgesehenen Sitzungen bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich anzuerkennen,
2. bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die dafür vorgesehenen Sitzungen in voller Höhe auf die bewilligte Zahl von Sitzungen angerechnet.

(3) Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung nach Abs. 1 gilt § 9 Abs. 4 Satz 2 bis 4 entsprechend.

(4) ¹Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese die Fachbezeichnung „Fachärztin“ oder „Facharzt“ für

1. Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
2. Psychiatrie und Psychotherapie,
3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie führen oder

Ärztinnen oder Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein.

²Eine Fachärztin oder ein Facharzt für

1. Psychotherapeutische Medizin oder
2. Psychiatrie und Psychotherapie oder
3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie

eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Anlage Nr. 860 bis 862 GOÄ) erbringen. ³Eine 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 (Anlage Nr. 863 und 864 GOÄ) erbringen.

(5) Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,
2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

(6) ¹Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
2. 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 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen,
3. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

²Abweichend von Satz 1 sind bei einem Beginn der Behandlung zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr auch Aufwendungen für Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des Abs. 5 zu den in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 sowie Satz 3 genannten Grundsätzen beihilfefähig.

(7) ¹Therapeutinnen und Therapeuten, die eine EMDR durchführen, müssen die jeweiligen therapeutenspezifischen Voraussetzungen der Abs. 3 bis 5 erfüllen und Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der EMDR im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung erworben haben. ²Wurde die Qualifikation nicht im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person

1. in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der EMDR erworben haben und
2. mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen EMDR-Abschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit EMDR-Behandlung durchgeführt haben.

³Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

§ 12 Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapien sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
1. Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
2. Ausnahmefälle	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

(2) § 11 Abs. 1 Satz 3 bis 5 und Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

(3) ¹Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese die Bezeichnung „Fachärztin“ oder „Facharzt“ für

1. Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
2. Psychiatrie und Psychotherapie,
3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie führen oder

Ärztinnen oder Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. ²Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie nachweisen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

(4) Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,
2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

(5) ¹Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
2. 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 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen,
3. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

²Abweichend von Satz 1 sind bei einem Beginn der Behandlung zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr auch Aufwendungen für Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des Abs. 4 beihilfefähig.

(6) ¹Therapeutinnen und Therapeuten, die eine EMDR durchführen, müssen die jeweiligen therapeutenspezifischen Voraussetzungen der Abs. 3 bis 5 erfüllen und Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der EMDR im Rahmen einer Weiterbildung erworben haben. ²§ 11 Abs. 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 12a Systemische Therapie

(1) Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang, auch im Mehrpersonensetting, beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
1. Regelfall	36 Sitzungen	36 Sitzungen
2. Ausnahmefälle	weitere 12 Sitzungen	weitere 12 Sitzungen

(2) § 11 Abs. 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(3) ¹Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese die Bezeichnung „Fachärztin“ oder „Facharzt“

1. für
 - a) Psychiatrie und Psychotherapie oder
 - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

führen oder

2. Ärztinnen oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein.

²Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie eine erfolgreiche Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie nachweisen können.

(4) Ferner können Behandlungen durchgeführt werden von

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung,
2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung,
3. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach § 11 oder § 12 und einer Zusatzqualifikation im Sinn des § 6 Abs. 8 der Psychotherapie-Vereinbarung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.

§ 13 Nicht beihilfefähige psychotherapeutische Behandlungsverfahren

¹Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Familientherapie,
2. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
3. Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers),
4. Gestalttherapie,
5. Körperbezogene Therapie,
6. Konzentrierte Bewegungstherapie,
7. Logotherapie,
8. Musiktherapie,
9. Psychodrama,
10. Respiratorisches Biofeedback,
11. Transaktionsanalyse.

²Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinn der §§ 9 bis 12a gehören Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. ³Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung, für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

§ 14 Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Anlage 1 Abschnitt C Nrn. 2150 bis 2320, Abschnitte F und K GOZ entstandenen Aufwendungen für Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ (u.a. Edelmetalle und Keramik) sowie die nach § 4 Abs. 3 GOZ gesondert abrechenbaren Praxiskosten sind zu 60 % beihilfefähig.

§ 15 Kieferorthopädische Leistungen

¹Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn vor Behandlungsbeginn

1. ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und
2. die behandelte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

²Die Altersbegrenzung nach Satz 1 Nr. 2 gilt nicht bei schweren Kieferanomalien,

1. die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern, sowie
2. in besonderen Ausnahmefällen, wenn nach einem zahnärztlichen Gutachten (§ 48 Abs. 7) eine alleinige kieferorthopädische Behandlung medizinisch ausreichend ist.

§ 16 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

¹Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Indikationen:

1. Kiefergelenks- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien, craniomandibuläre Dysfunktionen, myofasciales Schmerzsyndrom),
2. im Zusammenhang mit der Behandlung von Zahnfleischerkrankungen (Parodontopathien),
3. umfangreiche Gebissanierungen,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen (einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen),
5. im Zusammenhang mit der Behandlung von Aufbissschienen mit adjustierten Oberflächen nach Anlage 1 Nr. 7010 und 7020.

²Eine umfangreiche Gebissanierung liegt nur vor, wenn insgesamt mindestens acht Seitenzähne mit Inlays oder Kronen sanierungsbedürftig sind oder fehlen. ³Außerdem ist der erhobene Befund in geeigneter Form nachzuweisen.

§ 17 Implantologische Leistungen

¹Aufwendungen für implantologische Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. nicht angelegte Zähne im jugendlichen Erwachsenengebiss, wenn pro Kiefer weniger als acht Zähne angelegt sind, nach einem einzuholenden Gutachten,
2. bei großen Kieferdefekten in Folge von Kieferbruch oder Kieferresektionen, wenn nach einem einzuholenden Gutachten auf andere Art und Weise die Kaufähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann.

²Liegen die Indikationen nicht vor, sind die Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kieferhälfte, einschließlich vorhandener Implantate, zu deren Aufwendungen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. ³Dabei sind die Gesamtaufwendungen der implantologischen Versorgung entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nichtbeihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern. ⁴Unabhängig von den Sätzen 2

und 3 sind die Aufwendungen für Suprakonstruktionen im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte beihilfefähig. ⁵§ 14 gilt entsprechend.

§ 18 Arznei-, Verbandmittel und vergleichbare Medizinprodukte

¹Beihilfefähig sind die aus Anlass einer Krankheit bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen oder Heilpraktikerleistungen nach §§ 8 bis 17 verbrauchten oder nach Art und Umfang in Textform verordneten

1. apothekenpflichtige Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes,
2. Verbandmittel,
3. Harn- und Blutteststreifen sowie
4. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 bis 3 des Medizinproduktegesetzes in der am 25. Mai 2021 geltenden Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind.

²Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva und eingesetzte Intrauterinpessare sind bei Personen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres beihilfefähig. ³Darüber hinaus sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn das Kontrazeptionsmittel zur Behandlung eines Krankheitszustands verordnet wird, also nicht zum Zweck der Schwangerschaftsverhütung. ⁴Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. für Mittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Rauchentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen,
2. für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
3. Vitaminpräparate, die keine Fertigarzneimittel im Sinn des Arzneimittelgesetzes darstellen,
4. Geriatrika und Roborantia.

§ 19 Heilbehandlungen

(1) ¹Aus Anlass einer Krankheit sind die ärztlich oder zahnärztlich in Textform verordneten Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe nach Maßgabe der Anlage 3 beihilfefähig.

²Aufwendungen für Ergotherapie (Teil 9 der Anlage 3) einschließlich der verbrauchten Stoffe sind bei einer in Textform erstellten Verordnung durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten ebenfalls beihilfefähig. ³Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder, ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb von Maßnahmen nach §§ 29, 30. ⁴Die Heilbehandlung muss von einer der folgenden Personen im Rahmen des jeweiligen Berufsbilds erbracht werden:

1. Anlage 3 Teil 1 bis 7:
 - a) Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
 - b) Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister,
 - c) Krankengymnastin oder Krankengymnast,
2. Anlage 3 Teil 8:
 - 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 Diplompatholinguist,
3. Anlage 3 Teil 9, als Therapieergänzung bei Bedarf in Kombination mit Teil 6:
- a) Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
 - b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
4. Anlage 3 Teil 10:
- a) Podologin oder Podologe,
 - b) medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,
5. Anlage 3 Teil 11:
- a) Diätassistentin oder Diätassistent,
 - b) Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
 - c) Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

⁵Abweichend von Satz 4 sind die Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining je Übungseinheit nach Nr. 7 der Anlage 3 auch dann beihilfefähig, wenn sie in anerkannten Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen erbracht werden.

(2) ¹Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Anlage 3 Nr. 15 – sind nur auf Grund einer krankenhausesärztlichen Verordnung, einer Verordnung von Ärztinnen und Ärzten mit den

Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder von Allgemeinärztinnen oder -ärzten mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - a) frischem, nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - c) instabilen Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik,
 - d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Copp,
2. Operation am Skelettsystem
 - a) posttraumatische Osteosynthesen,
 - b) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit
 - a) Schulterprothesen,
 - b) Knieendoprothesen,
 - c) Hüftendoprothesen,
4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)
 - a) Knie
 - aa) Kniebandrupturen, mit Ausnahme der Ruptur eines isolierten Innenbandes,
 - bb) Knorpelschäden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips,
 - b) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
 - aa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - bb) Rotatorenmanschettenruptur,
 - cc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
 - dd) Impingement-Syndrom,
 - ee) Schultergelenkluxation,
 - ff) tendinosis calcarea,
 - gg) periathritis humero-scapularis (PHS),
 - c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
5. Amputationen.

²Die Aufwendungen sind nur bei Durchführung in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist, beihilfefähig.

(3) ¹Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder eine medizinische Trainingstherapie (MTT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule (Anlage 3 Nr. 16) sind nur bis zu maximal 25 Sitzungen je Kalenderhalbjahr und nur bei Vorliegen der folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Verordnung des medizinischen Aufbautrainings von Krankenhausärztinnen oder -ärzten, von Ärztinnen oder Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin, von Allgemeinärztinnen oder Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin,

2. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung und

3. Durchführung jeder einzelnen therapeutischen Sitzung unter ärztlicher Aufsicht; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

²Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten Medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

(4) ¹Aufwendungen für eine ärztlich verordnete physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung (Anlage 3 Nr. 21) – sind gesondert beihilfefähig bei

1. passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,

2. aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,

3. atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,

4. spastischen Lähmungen – cerebral oder spinal bedingt –,

5. schlaffen Lähmungen,

6. abnormen Bewegungen oder Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,

7. Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,

8. funktionellen Störungen von Organsystemen, zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen, Lungen- oder Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur,

9. unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

²Satz 1 gilt nicht, wenn die physiotherapeutische Komplexbehandlung Bestandteil einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 39 Abs. 1) ist.

(5) ¹Die Aufwendungen für Heilbehandlungen im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind nur nach folgenden Maßgaben und unter der Voraussetzung beihilfefähig, dass die Behandlungen durch die in Abs. 1 genannten Personen durchgeführt werden:

1. Art und Umfang der durchgeführten und nachgewiesenen Heilbehandlung sind bis zu den in der Anlage 3 genannten Höchstbeträgen beihilfefähig; ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.

2. Wird bei einer teilstationären und stationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 € beihilfefähig; Platzfreihaltegebühren sind nicht beihilfefähig.

²Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind z.B. Frühförderinrichtungen, Ganztagschulen, Werkstätten für behinderte Menschen.

§ 19a Neuropsychologische Therapie

(1) ¹Aufwendungen für ambulante neuropsychologische Therapien 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 für
 - a) Neurologie,
 - b) 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.

²Satz 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 Jugendpsychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,

wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. ³Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Abs. 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 oder
3. die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.

(3) ¹Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen,
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

sowie

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.

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

§ 19b Gebärdensprachdolmetscherinnen oder Gebärdensprachdolmetscher

Sind auf Grund einer Hörbehinderung bei der Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und sonstigen medizinischen Maßnahmen die Leistungen einer Gebärdensprachdolmetscherin oder eines Gebärdensprachdolmetschers erforderlich, sind die in entsprechender Anwendung des § 9 Abs. 5 und 6 sowie der §§ 5 und 6 Abs. 1 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes sich ergebenden Vergütungen beihilfefähig.

§ 20 Komplextherapien

¹Werden Leistungen nach §§ 8 bis 12a und 19 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 7 Abs. 1 und § 19 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen oder auf Grund von Vereinbarungen und Verträgen im Sinn des § 7 Abs. 3 zu tragen sind, beihilfefähig. ²Eine Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder, die von einem interdisziplinären Team erbracht wird. ³Als Komplextherapie gelten insbesondere Leistungen

1. von psychiatrischen und von psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V,
2. von sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 Abs. 1 Satz 1 SGB V,
3. der integrierten Versorgung nach § 140a Abs. 1 SGB V,
4. der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen, die
 - a) im Anschluss an stationäre Behandlungen in Krankenhäusern nach § 28 oder Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach § 29 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 4,
 - b) bei chronisch Kranken oder schwerstkranken Personen, die das 14., in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben,
 - c) zur Verkürzung eines stationären Aufenthalts oder zur Sicherung einer daran anschließenden ambulanten ärztlichen Behandlung erforderlich sind.

§ 21 Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, für Körperersatzstücke sowie für digitale Gesundheitsanwendungen

(1) ¹Die Aufwendungen für Anschaffung oder Miete der in der **Anlage 4** genannten oder vergleichbarer Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich in Textform verordnet sind; dies gilt nicht für Gegenstände von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis oder

Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen. ²Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.

(2) Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verlorengegangenen Hilfsmittels oder Geräts im Sinn des Abs. 1 Satz 1 sind in der bisherigen Ausführung auch ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.

(3) Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte im Sinn des Abs. 1 Satz 1 sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.

(4) ¹Die innerhalb eines Kalenderjahres über 100 € hinausgehenden Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte und Körperersatzstücke im Sinn des Abs. 1 Satz 1 sind beihilfefähig. ²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Batterien für Hörgeräte,
2. Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen sowie
3. Versicherungen für Hilfsmittel, Geräte und Körperersatzstücke im Sinne des Abs. 1 Satz 1.

³Die Sätze 1 und 2 Nr. 1 und 2 gelten nicht für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

(5) ¹Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Hörhilfen sind nur beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der bisherigen Hörhilfe vier Jahre vergangen sind. ²Dies gilt nicht, wenn eine erneute Versorgung mit einer Hörhilfe vor Ablauf dieses Zeitraums auf Grund eines ärztlichen Gutachtens wegen einer Verschlechterung der Hörfähigkeit medizinisch erforderlich ist. ³Ist vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Hörhilfe wegen Verlust oder Unbrauchbarkeit notwendig, sind die Aufwendungen des nach **Anlage 4** vorgesehenen Höchstbetrags zu 50 % beihilfefähig.

(6) ¹Aufwendungen für ärztlich verordnete Voll- oder Teilperücken einschließlich Befestigungselementen wie Klebestreifen und Spangen sowie Materialien zur Befestigung sind bis zu einem Betrag von 512 € 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.

²Aufwendungen für eine zweite Voll- oder Teilperücke zum Wechseln sind nur beihilfefähig, wenn eine Voll- oder Teilperücke länger als ein Jahr getragen werden muss. ³Aufwendungen 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.

⁴Bei der Erstverordnung sind auch die Aufwendungen für einen Perückenkopf beihilfefähig.

(7) Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in der Anlage 4 aufgeführt noch den dort aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind und deren Anschaffungswert einen Betrag von 600 € übersteigt, entscheidet die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium.

(8) ¹Beihilfefähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen,

1. die im vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlichten Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V enthalten sind, und
2. nach einer in Textform erstellten Verordnung einer Ärztin, eines Arztes, einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten,
3. in Höhe der Kosten für die Standardversion, sofern nicht aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht die Notwendigkeit einer erweiterten Version schriftlich begründet wurde.

²Daneben sind die Aufwendungen für notwendiges und angemessenes Zubehör, soweit es ausschließlich für die Nutzung der Software zwingend erforderlich ist, beihilfefähig. ³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

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

§ 22 Aufwendungen für Sehhilfen, sonstige visusverbessernde Maßnahmen

(1) ¹Aufwendungen für Sehhilfen sind nach den Abs. 2 bis 6 beihilfefähig. ²Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist eine augenärztliche Verordnung in Textform. ³Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin oder eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 € je Sehhilfe beihilfefähig, Abs. 9 bleibt unberührt.

(2) Aufwendungen für Brillen sind – einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

1. für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/-6 Dioptrien (dpt); bei *Mehrstärkengläser* ist der Fernteil maßgebend:
 - a) Einstärkengläser:

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| für das sph. Glas | bis zu 31,00 €, |
| für das cyl. Glas | bis zu 41,00 €, |
| b) Mehrstärkengläser: | |
| für das sph. Glas | bis zu 72,00 €, |
| für das cyl. Glas | bis zu 92,50 €, |
2. bei Gläserstärken über +/-6 Dioptrien (dpt); bei *Mehrstärkengläser* ist der Fernteil maßgebend:
 zuzüglich je Glas 21,00 €,
3. Gleitsichtgläser:
 zuzüglich je Glas 21,00 €,
4. Gläser mit prismatischer Wirkung:
 zuzüglich je Glas 21,00 €.
- (3) ¹Neben den Höchstbeträgen nach Abs. 2 sind bei folgenden Indikationen die Mehraufwendungen für Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 21 € beihilfefähig

1. bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
2. bei Anisometropien ab 2 dpt,
3. unabhängig von der Gläserstärke
 - a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,

b) bei Erkrankten 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.

²Neben den Höchstbeträgen nach Abs. 2 sind bei folgenden Indikationen die Mehraufwendungen für getönte oder phototrope Gläser (Lichtschutzgläser) je Glas bis zu 11 € beihilfefähig bei:

1. umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z.B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),
2. krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z.B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
3. Fortfall der Pupillenverengung (z.B. absolute und reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kerr-Syndrom),
4. chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z.B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
5. entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z.B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
6. Ziliarneuralgie,
7. blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
8. totaler Farbenblindheit,
9. Albinismus,

10. unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,

11. intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z.B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),

12. Gläsern ab + 10 dpt.

³Die Mehraufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 sind nebeneinander beihilfefähig.

(4) ¹Die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 SGB V beihilfefähig. ²Sofern hierbei Aufwendungen für Kurzzeitlinsen geltend gemacht werden, sind diese bis zu 154 € (sphärisch) und 230 € (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig. ³Liegen die in Satz 1 genannten Voraussetzungen nicht vor, sind nur die vergleichbaren Kosten nach den Abs. 2 und 3 beihilfefähig. ⁴Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind folgende Aufwendungen im Rahmen der Abs. 2 und 3 beihilfefähig für

1. eine Reservebrille oder

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

(5) Im Übrigen sind die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil

1. sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,

2. die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder

3. sich bei Kindern die Kopfform geändert hat.

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

1. für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Abs. 2 und 3 (die Voraussetzungen des Abs. 3 Satz 1 entfallen),

2. für eine Brillenfassung bis zu 52 €.

(7) Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 33 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 und Satz 3 SGB V genannten Fällen beihilfefähig.

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

(9) Die Aufwendungen für Bildschirmarbeitsbrillen, Brillenversicherungen und Etuis sind nicht beihilfefähig.

(10) ¹Aufwendungen für sonstige visusverbessernde Maßnahmen sind nur in den nachfolgend genannten Fällen und unter den jeweils genannten Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Austausch natürlicher Linsen:

bei einer reinen visusverbessernden Operation, insbesondere einer Kataraktoperation, 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 300 € pro Linse beihilfefähig.

2. Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung:

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

3. 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.

4. Implantation einer phaken Intraokularlinse:

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

²Aufwendungen für visusverbessernde Maßnahmen nach Satz 1 Nr. 2 bis 4 sind nur bei einer befürwortenden amts- oder vertrauensärztlichen Bewertung beihilfefähig.

§ 23 Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Schulung in Orientierung und Mobilität

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

1. Anschaffungen zweier Langstöcke sowie elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,

2. Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

- | | |
|---|-------------|
| a) je Unterrichtsstunde (60 Minuten), einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden | 85,00
€, |
| b) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im Fünf-Minuten-Takt anteilig berechnet wird | 68,00
€, |
| c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten einer Trainingskraft je gefahrenem Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels | 0,40 €; |

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

3. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z.B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Nr. 2;

4. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden, einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten der Trainingskraft in entsprechendem Umfang anerkannt werden; die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

(2) ¹Sofern die Trainingskraft nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. ²Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamts vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

§ 24 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit, Übergangspflege im Krankenhaus

(1) ¹ Die Aufwendungen einer nach Abs. 4 verordneten

1. notwendigen vorübergehenden häuslichen Krankenpflege in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung oder

2. psychiatrischen häuslichen Krankenpflege in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung

sind beihilfefähig; die Grundpflege muss überwiegen. ²Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. ³Bei einer Pflege durch Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. Fahrtkosten,

2. eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten, Lebenspartner und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

⁴Beihilfefähig sind die Aufwendungen einer Krankenpflegekraft bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37 SGB V gewährt werden.

(2) Aufwendungen für eine nach Abs. 4 verordnete Kurzzeitpflege entsprechend § 33 Abs. 3 bis 5 in geeigneten Einrichtungen sind beihilfefähig, wenn

1. häusliche Krankenpflege nach Abs. 1 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht ausreichend ist, insbesondere nach

- a) einem Krankenhausaufenthalt,
- b) einer ambulanten Operation oder
- c) einer ambulanten Krankenhausbehandlung,

2. keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 im Sinn des § 31 Abs. 2 vorliegt.

(3) ¹Aufwendungen für eine Übergangspflege, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (§ 28) vom Krankenhaus erbracht wird, sind für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung beihilfefähig, wenn

- 1. häusliche Krankenpflege (Abs. 1) oder
- 2. Kurzzeitpflege (Abs. 2, § 33 Abs. 3 bis 5) oder
- 3. Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen (§ 29) oder
- 4. Pflegeleistungen nach Abschnitt VI

nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. ²Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der auf der Grundlage des § 39e SGB V in Verbindung mit § 132m SGB V vereinbarten Kosten. ³Nicht beihilfefähig sind während des Zeitraums der Übergangspflege Wahlleistungen im Sinne des Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.

(4) Voraussetzung für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist bei Leistungen nach

- 1. Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 Nr. 1, Satz 2 und 3 sowie Abs. 2 die Verordnung durch eine Ärztin oder einen Arzt,
- 2. Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 Nr. 2 die Verordnung durch

a) eine Fachärztin oder einen Facharzt für

aa) Nervenheilkunde,

bb) Neurologie,

cc) psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

dd) Psychiatrie und Psychotherapie,

ee) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,

b) eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten,

c) eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,

3. Abs. 3 die Verordnung durch die behandelnde Krankenhausärztin oder den behandelnden Krankenhausarzt.

§ 24a Soziotherapie

(1) ¹Aus Anlass einer schweren psychischen Erkrankung ist eine fachärztlich verordnete Soziotherapie beihilfefähig, wenn Erkrankte nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. ²Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

³Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind Erkrankungen

1. des schizophrenen Formenkreises

a) Schizophrenie (ICD-10-Nrn.: F 20.0 – 20.6)

b) schizotype Störung (ICD-10-Nr.: F 21)

c) anhaltende wahnhafte Störung (ICD-10-Nr.: F 22)

d) induzierte wahnhafte Störung (ICD-10-Nr.: F 24)

e) schizoaffektive Störung (ICD-10-Nr.: F 25)

und

2. der affektiven Störungen

a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung (ICD-10-Nr.: F 31.5)

b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10-Nr.: F 32.3)

c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10-Nr.: F 33.3).

⁴Die Verordnung nach Satz 1 muss erfolgen von

1. einer Fachärztin oder einem Facharzt

a) für Neurologie,

b) für Nervenheilkunde,

c) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

d) für Psychiatrie,

e) für Psychiatrie und Psychotherapie,

f) für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres –,

2. einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,

3. einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres –.

⁵Die Soziotherapie muss von einer Fachkrankenschwester für Psychiatrie oder einem Fachpfleger für Psychiatrie, von einer Diplom-Sozialarbeiterin oder einem Diplom-Sozialarbeiter oder einer Sozialpädagogin oder einem Sozialpädagogen durchgeführt werden, die oder der zu einer Leistungserbringung im Sinn des § 37a SGB V berechtigt ist.

(2) ¹Behandlungen sind je Krankheitsfall, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, höchstens bis zu 120 Stunden innerhalb eines Zeitraums von maximal drei Jahren als Einzel- oder Gruppentherapie beihilfefähig; die probatorischen Sitzungen bei dem Therapeuten, der die Behandlung durchführt, werden auf die Zahl der verordneten Sitzungen angerechnet. ²Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht.

(3) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für einen der in Abs. 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37a SGB V gewährt werden.

§ 25 Familien- und Haushaltshilfe

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe, wenn

1. die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 27 bis 30 und 36) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,

2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,

3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Stunden oder Tagen, weiterführen kann.

(2) Ferner sind die Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig

1. in den ersten sieben Tagen nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung oder
 2. wenn nach personenbezogener ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.
- (3) ¹Kosten der Haushaltsführung und Kinderbetreuung, die Beihilfeberechtigten oder deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch außerhalb der in Abs. 1 und 2 genannten Zeiträume entstehen, sind auch im Fall der krankheitsbedingten Verhinderung der den Haushalt führenden beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person nicht beihilfefähig. ²§ 24 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend. ³Im Fall des Todes der haushaltsführenden Person (Abs. 1 Nr. 1) sind Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig.
- (4) ¹Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim, einer sonstigen geeigneten Einrichtung oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. ²Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in § 24 Abs. 1 Satz 3 genannten Personen sind – mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu dem in Satz 1 genannten Höchstbetrag – nicht beihilfefähig.
- (5) Angemessen sind die Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 38 SGB V gewährt werden.

§ 26 Fahrtkosten

¹Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Fahrten

1. im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen eine Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise,
2. als Rettungsfahrten und -flüge, auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustands zu erwarten ist (Krankentransport),
4. zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in einer Facharztpraxis, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie zu einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu einer Höhe von 200 €,
5. zu ambulanten Behandlungen sowie bei Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen nach § 41 in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

²Fahrtkosten sind bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung beihilfefähig. ³Höhere Fahrtkosten sind nur beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in Art. 6 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 des Bayerischen Reisekostengesetzes (BayRKG) genannte Betrag beihilfefähig. ⁴Bei Fahrten nach Satz 1 den Nrn. 2 und 3 sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

§ 27 Auswärtige ambulante Behandlungen

¹Die Aufwendungen für Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sind bis zum Höchstbetrag von 26 € täglich beihilfefähig. ²Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26 € täglich beihilfefähig. ³Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung.

§ 28 Krankenhausleistungen

(1) ¹In nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern sind Aufwendungen für

1. vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 1 Abs. 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und § 115a SGB V sowie stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V,
2. voll- und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 KHEntgG, § 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) sowie tagesstationäre Behandlungen nach § 115e SGB V,
3. andere im Zusammenhang mit Nrn. 1 und 2 berechenbare Leistungen im Rahmen der §§ 8 und 18 sowie
4. Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus, wenn die Anwesenheit aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich ist,

beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind ferner, abzüglich der Eigenbeteiligung gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG, die Aufwendungen für

1. gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 17 KHEntgG, § 16 Satz 2 BPflV) sowie
2. gesondert berechnete Unterkunft (§ 17 KHEntgG, § 16 Satz 2 BPflV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung.

(2) ¹In allen anderen Krankenhäusern sind bei Indikationen, die bei einer Behandlung in einem Krankenhaus nach Abs. 1 mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet würden, die folgenden Leistungen beihilfefähig:

1. die allgemeinen Krankenhausleistungen (Abs. 1 Satz 1 Nr. 2) bis zu dem Betrag, der sich aus den Teilbeträgen
 - a) Fallpauschalenentgelt,
dies ist das Produkt aus dem zuletzt vereinbarten Bundesbasisfallwert gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG mit der Bewertungsrelation
 - aa) gemäß Teil a, Spalte 4 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Hauptabteilungen) oder
 - bb) gemäß Teil b, Spalte 4 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Belegabteilungen)unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer, und
 - b) Pflegeentgelt,
dies ist das Produkt aus dem nach § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG maßgeblichen Betrag mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog
 - aa) gemäß Teil a, Spalte 14 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Hauptabteilungen) oder
 - bb) gemäß Teil b, Spalte 16 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Belegabteilungen),unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer, und

c) Zusatzentgelte,
sofern sie in der Rechnung ausgewiesen sind, bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG ausgewiesenen Höhe,
zusammensetzt sowie

2. gesondert berechnete Walleistungen für Unterkunft im Sinn des Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 bis zur Höhe von 1,5 % der zuletzt vereinbarten oberen Korridorgrenze des Basisfallwerts gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG abzüglich der Eigenbeteiligung gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.

²Beihilfefähig sind bei allen anderen Indikationen

1. der Gesamtbetrag des Basis- und des Abteilungspflegesatzes des behandelnden Krankenhauses bei der Untersuchung und Behandlung von Personen
 - a) die das 18. Lebensjahr vollendet haben, vollstationär bis zu 324,63 € und teilstationär bis zu 225,60 € täglich,
 - b) die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, vollstationär bis zu 462,80 € und teilstationär bis zu 345,80 € täglich, sowie

2. gesondert berechnete Walleistungen für Unterkunft entsprechend Satz 1 Nr. 2.

³Die Sätze 1 und 2 gelten nicht im Fall einer stationären Notfallbehandlung, wenn das nicht nach § 108 SGB V zugelassene behandelnde Krankenhaus das nächstgelegene geeignete Krankenhaus ist. ⁴Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 gilt entsprechend. ⁵Aufwendungen für die medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind beihilfefähig. ⁶Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteil der Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sind.

Abschnitt V Rehabilitationsleistungen

§ 29 Beihilfe bei Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

(1) ¹Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in

1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,
2. Einrichtungen für Suchtbehandlungen und
3. in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

sind nach Maßgabe der Abs. 2 bis 7 beihilfefähig. ²Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen sind nach Maßgabe des Abs. 8 beihilfefähig.

(2) ¹Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen. ²Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang stehen.

(3) Einrichtungen für Suchtbehandlungen sind auf Suchtbehandlungen zur Entwöhnung spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen.

(4) Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind nur solche, welche die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen (Rehabilitationseinrichtungen).

(5) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach den Abs. 2 und 3 ist, dass die Maßnahme nach begründeter ärztlicher Bescheinigung nach Art und vorgesehener Dauer notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind.

(6) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Abs. 4 ist, dass es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung (Abs. 2) handelt und nach einer diagnosespezifischen fachärztlichen Bescheinigung die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind. ²Eine Bescheinigung nach Satz 1 ist nicht erforderlich, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit (§ 40) eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des Abs. 4 erforderlich ist. ³Pflegen Beihilfeberechtigte (§ 2 Abs. 1 und 2) oder berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 3 Abs. 1 und 2) eine Angehörige oder einen Angehörigen ist abweichend von Satz 1 eine begründete ärztliche Bescheinigung, dass die Maßnahme nach Abs. 4 nach Art und vorgesehener Dauer notwendig ist, ausreichend. ⁴Die Beihilfefähigkeit ist ab einer Dauer von 30 Tagen von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle abhängig. ⁵Die Anerkennung wird erteilt, wenn die lange Dauer ärztlich besonders begründet wird oder durch eine medizinische Bescheinigung nachgewiesen ist.

(7) ¹Aus Anlass einer stationären Behandlung in Einrichtungen nach den Abs. 2 bis 4 sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,
2. nach § 25,
3. für Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Tagessatz zuzüglich Kurtaxe,
4. für den ärztlichen Schlussbericht,
5. für die An- und Abreise; zur Abgeltung dieser Aufwendungen ist eine Entfernungspauschale für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und der Einrichtung nach den Abs. 2 bis 4 und dem in Art. 6 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 BayRKG genannten Betrag anzusetzen, höchstens jedoch 200 €, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. Die Entfernung bestimmt sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Einrichtung zurückzulegenden Strecke. Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

²Satz 1 Nr. 3 und 5 gilt auch für Begleitpersonen, wenn die Notwendigkeit der Begleitung durch amtlichen Ausweis oder medizinisches Gutachten festgestellt ist und die Einrichtung bestätigt, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist. ³Im Rahmen einer familienorientierten 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 erfordern, gilt Satz 1 Nr. 3 und 5 unter sinngemäßer Anwendung des Satzes 2 auch für mehrere Begleitpersonen aus dem Kreis der Familienangehörigen. ⁴Liegt die Bescheinigung nach Abs. 6 Satz 1 oder Satz 3 nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach Nr. 1 beihilfefähig.

(8) ¹Aus Anlass einer Behandlung in Einrichtungen nach Abs. 1 Satz 2 sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19, auch soweit eine Berechnung in Form von Tagespauschalen erfolgt,
2. für nachgewiesene Fahrtkosten bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt, sofern die Rehabilitationseinrichtung keine kostenfreie Transportmöglichkeit anbietet.

²Wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in Art. 6 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 BayRKG genannte Betrag für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und der Einrichtung beihilfefähig.

§ 30 Beihilfe bei Kuren

(1) Die Aufwendungen für

1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,
2. Mütterkuren und Mutter- oder Vater-Kind-Kuren,
3. ambulante Heilkuren

sind beihilfefähig.

(2) Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind Heilbehandlungen im Sinn des § 19, die mit Unterkunft und Verpflegung kurmäßig in Einrichtungen nach § 29 Abs. 4 durchgeführt werden und für die die Voraussetzungen für eine Beihilfe nach § 29 Abs. 6 Satz 1 oder Satz 3 nicht erfüllt sind.

(3) Mütterkuren und Mutter- oder Vater-Kind-Kuren sind Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 SGB V als gleichartig anerkannten Einrichtung.

(4) ¹Ambulante Heilkuren sind Maßnahmen für aktive Bedienstete nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie Maßnahmen für die übrigen Beihilfeberechtigten sowie für berücksichtigungsfähige Angehörige bei erheblich beeinträchtigter Gesundheit. ²Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach § 19 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis des Staatsministeriums aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. ³Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet befinden.

(5) ¹Bei Kuren nach den vorstehenden Abs. sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,
2. Familien- und Haushaltshilfe nach § 25,
3. Fahrtkosten nach § 29 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5,
4. die Kurtaxe,
5. den ärztlichen Schlussbericht,
6. eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für Schwerbehinderte,
7. Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag und Person, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 21 Tagen.

²Bei Pauschalpreisen in Einrichtungen nach Abs. 3, für die eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis begrenzt.

(6) ¹Die Aufwendungen nach Abs. 5 sind nur beihilfefähig, wenn

1. erstmalig eine Wartezeit von insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,
2. im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Heilkur nach Abs. 1 bis 4 durchgeführt und beendet wurde,
3. ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,

4. die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist,

5. die Kur nicht weit überwiegend der Vorsorge dient; Gleiches gilt für Maßnahmen, deren Zweck eine berufliche Rehabilitation ist, wenn medizinisch keine kurmäßigen Maßnahmen mehr erforderlich sind.

²Von der Einhaltung der Fristen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 darf nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach einer diagnosespezifischen fachärztlichen Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

Abschnitt VI Aufwendungen in Pflegefällen

§ 31 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind neben anderen nach den §§ 8 bis 30, 41 und 44 beihilfefähigen Aufwendungen pflegebedingte Aufwendungen beihilfefähig für Pflegebedürftige

1. der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 nach Maßgabe der §§ 32 bis 38 und
2. des Pflegegrades 1 nach § 38a.

(2) ¹Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. ²Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. ³Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgelegten Schwere bestehen.

(3) ¹Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen der §§ 32 bis 38a in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 6 Abs. 1 Satz 2 bis 5 und § 46 sind hierbei nicht anzuwenden. ²Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des § 32 Abs. 1 beihilfefähig.

(4) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den angemessenen Kosten für eine Pflegeberatung im Sinn des § 7a SGB XI unmittelbar gegenüber dem Träger der Pflegeberatung, wenn Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen

1. Beihilfeleistungen nach den §§ 32 bis 38a beziehen oder
2. Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

§ 32 Häusliche und teilstationäre Pflege

(1) ¹Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte oder einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung sind entsprechend den Pflegegraden des § 15 SGB XI monatlich beihilfefähig die Aufwendungen für Pflegebedürftige

bis höchstens

- | | |
|-----------------------|----------|
| 1. des Pflegegrades 2 | 796 €, |
| 2. des Pflegegrades 3 | 1 497 €, |
| 3. des Pflegegrades 4 | 2 012 €, |
| 4. des Pflegegrades 5 | 3 352 €; |

daneben sind bei einer teilstationären Betreuung Aufwendungen für Zuschläge nach § 43b SGB XI beihilfefähig. ²Die häusliche Pflege umfasst

1. körperbezogene Pflegemaßnahmen,

2. pflegerische Betreuungsmaßnahmen,
3. Hilfen bei der Haushaltsführung in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen
 - a) Mobilität,
 - b) kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
 - c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
 - d) Selbstversorgung,
 - e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und
 - f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte und
4. die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

³Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die

1. bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflege versorgen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI),
2. bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI),
3. von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
4. mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.

(2) ¹Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. ²Sie richtet sich nach den Pflegegraden des § 15 SGB XI und beträgt monatlich

1. im Pflegegrad 2 347 €,
2. im Pflegegrad 3 599 €,
3. im Pflegegrad 4 800 €,
4. im Pflegegrad 5 990 €.

³Daneben ist der Entlastungsbetrag (§ 38) beihilfefähig. ⁴Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. ⁵Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt. ⁶Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. ⁷Pauschalbeihilfe wird während einer Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nach § 33 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. ⁸Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe. ⁹Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist. ¹⁰Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 37) erhalten eine ungeminderte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

(3) ¹Wird die ambulante Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Abs. 1) und durch andere geeignete Personen (Abs. 2) erbracht, wird die Beihilfe nach den Abs. 1 und 2 anteilig gewährt; maßgebend ist das in der

privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme.
²Während einer Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§§ 33 und 34) gilt Abs. 2 Satz 7 und 8 entsprechend.

(4) ¹Erfolgt die pflegerische Betreuung in ambulant betreuten Wohngruppen, wird neben Leistungen nach den Abs. 1 bis 3 zusätzlich ein pauschaler Zuschlag nach § 38a SGB XI sowie zu den Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen ein Betrag nach § 45e SGB XI gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Leistungen gezahlt hat; die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen. ²§ 31 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 2 Satz 5 gilt entsprechend.

(5) ¹Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. ²Aufwendungen für Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege sind neben den Aufwendungen der ambulanten häuslichen Pflege nach den Abs. 1 bis 3 beihilfefähig.

(6) Neben einer Leistung nach Abs. 2 sind Aufwendungen für Beratungen nach § 37 Abs. 3 bis 3c SGB XI ohne Anrechnung nach Abs. 3 beihilfefähig.

§ 33 Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege

(1) Ist eine Pflegeperson nach § 32 Abs. 2 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind die Aufwendungen für die erwerbsmäßige Ersatzpflege durch andere als Personen nach Abs. 2 nach den Vorgaben des Abs. 5 beihilfefähig (Verhinderungspflege).

(2) ¹Bei einer Verhinderungspflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe der Pauschalbeihilfe nach § 32 Abs. 2 für bis zu zwei Monate beihilfefähig. ²Notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstanden sind, sind bei Nachweis beihilfefähig. ³Die Aufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 zusammen sind maximal bis zu dem in Abs. 5 genannten Betrag pro Kalenderjahr beihilfefähig. ⁴Wird die Pflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Abs. 1 Anwendung.

(3) ¹Kann die häusliche Pflege nach § 32 Abs. 1 und 2 zeitweise nicht oder nicht in vollem Umfang erbracht werden, so sind die Aufwendungen für vollstationäre Pflege nach den Vorgaben des Abs. 5 beihilfefähig (Kurzzeitpflege). ²Erfolgt die Unterbringung vollstationär, liegen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, so sind die für die Pflege anfallenden Kosten bis zum Höchstbetrag nach § 32 Abs. 1 beihilfefähig.

(4) ¹Pflegeaufwendungen für eine Kurzzeitpflege sind in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. ²§ 37 findet keine Anwendung. ³Sind in den Aufwendungen für die Einrichtung Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 % der Aufwendungen beihilfefähig.

(5) ¹Aufwendungen für Leistungen nach den Abs. 1, 3 und 4 sind bis zu einem beide Pflegearten umfassenden gemeinsamen Betrag von 3 539 € im Kalenderjahr beihilfefähig. ²§ 31 Abs. 3 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 34 Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) ¹Aufwendungen für eine Versorgung einer pflegebedürftigen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person in Einrichtungen nach § 29 Abs. 2 und 4, in der die Pflegeperson gleichzeitig selbst Leistungen

1. nach § 29 Abs. 2 und 4 oder

2. einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 und § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V, § 15 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

in Anspruch nimmt, sind nach den näheren Vorgaben der Sätze 2 bis 4 sowie Abs. 2 beihilfefähig. ²Anstelle der Versorgung in einer Einrichtung nach § 29 Abs. 2 und 4 kann eine Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erfolgen, wenn die erforderliche Versorgung durch die Einrichtung nach § 29 Abs. 2 und 4 nicht sichergestellt werden kann. ³Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person selbst die Voraussetzungen für eine Beihilfegewährung nach § 29 Abs. 4 und 6 erfüllt. ⁴§ 32 Abs. 2 Satz 7 und 8 gilt nicht, solange sich die Pflegeperson in einer Einrichtung nach Satz 1 befindet und die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach Satz 1 oder Satz 2 versorgt wird.

(2) ¹Beihilfefähig sind bei einer Versorgung nach Abs. 1 Satz 1 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen bis zur Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts im Sinne des § 42a Abs. 5 Satz 2 bis 4 SGB XI. ²Abweichend von Satz 1 sind bei einer Versorgung nach Abs. 1 Satz 2 die Aufwendungen in Höhe des Gesamtheimentgelts für die jeweilige Pflegeeinrichtung im Sinne des § 42a Abs. 5 Satz 5 SGB XI beihilfefähig. ³§ 29 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 gilt entsprechend.

§ 35 Aufwendungen für Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds sowie für digitale Pflegeanwendungen

¹Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel,
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person,
3. digitale Pflegeanwendungen bei häuslicher Pflege, einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte festgestellt hat, bis zu einem Betrag von insgesamt 53 € im Monat,

wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. ²Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. ³§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 36 Stationäre Pflege

(1) ¹Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinn des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI oder in einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 805 €,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 1 319 €,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 1 855 €,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 2 096 €.

³Daneben sind Aufwendungen für Zuschläge nach den §§ 43b, 43c, 84 Abs. 9 SGB XI sowie § 132g SGB V beihilfefähig. ⁴Abweichend von Satz 2 gilt in den Fällen des § 141 Abs. 8 SGB XI der am 31. Dezember 2016 jeweils maßgebende beihilfefähige Betrag, wenn dieser höher ist als der nach Satz 2 für Januar 2017 beihilfefähige Betrag. ⁵§ 31 Abs. 3 gilt mit Ausnahme des Zuschlags nach § 132g SGB V entsprechend.

(2) Der Anerkennungsbetrag, der nach § 87a Abs. 4 SGB XI an Einrichtungen zu zahlen ist, die stationäre Pflegeleistungen im Sinn des § 43 SGB XI erbringen, ist neben den Leistungen nach Abs. 1 beihilfefähig, wenn der Pflegebedürftige nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen durch das Personal der Pflegeeinrichtung in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinn der §§ 14 und 15 SGB XI ist.

(3) ¹Zu den Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Abs. 1 Satz 2 beihilfefähigen Aufwendungen zuzüglich eines gegebenenfalls zustehenden Zuschlags nach § 43c SGB XI hinausgehen, Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie den Eigenanteil des Einkommens nach Satz 3 übersteigen. ²Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Orts- und Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person sowie der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten oder Lebenspartners im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags. ³Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehalts der Besoldungsgruppe A 9 BayBesG

- a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 % des Einkommens,
- b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 % des Einkommens,

2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen

- a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 % des Einkommens,
- b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 % des Einkommens,

3. bei allein stehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege der beihilfeberechtigten Person und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 % des Einkommens.

⁴Im Monat des Beginns und der Beendigung der stationären Pflege ist der Eigenanteil nach Satz 3 nur entsprechend der tatsächlichen Dauer der stationären Unterbringung zu berücksichtigen; § 191 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gilt entsprechend. ⁵Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen nach Satz 1 werden als Beihilfe gezahlt.

§ 37 Einrichtungen der Behindertenhilfe

¹Aufwendungen für Pflegebedürftige

- 1. in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI, 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,
- 2. in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) erbracht werden,

sind nach Art und Umfang des § 43a SGB XI beihilfefähig. ²§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend. ³Daneben sind Aufwendungen für einen Zuschlag nach § 132g SGB V beihilfefähig. ⁴Auf diesen Zuschlag ist § 31 Abs. 3 nicht anwendbar.

§ 38 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag

(1) ¹Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 sind Aufwendungen für Leistungen zur Unterstützung im Alltag im Sinn des § 45a SGB XI bis zu 40 % des nach § 36 SGB XI je Kalendermonat für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Leistungen erbracht hat. ²Die nach Satz 1 als beihilfefähig anerkannten Beträge sind auf den jeweiligen Höchstbetrag nach § 32 Abs. 1 Satz 1 anzurechnen. ³Im Übrigen bestimmen sich Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen nach § 45b SGB XI. ⁴§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) ¹Bei einer häuslichen Pflege ist neben Leistungen nach § 32 ein Entlastungsbetrag beihilfefähig. ²Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach den §§ 45b und 141 Abs. 2 SGB XI. ³Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit des Zuschlags nach § 141 Abs. 2 SGB XI ist die Vorlage einer

Kopie der Mitteilung der Pflegekasse oder der privaten Pflegeversicherung im Sinn des § 141 Abs. 2 Satz 3 SGB XI. ⁴§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 38a Beihilfefähige Aufwendungen bei Pflegegrad 1

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

1. Beratung zu Hause nach § 32 Abs. 6,
2. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 32 Abs. 4, wenn Leistungen nach § 38 Abs. 2 bezogen oder für eine spätere Inanspruchnahme angespart werden,
3. Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie digitale Pflegeanwendungen nach § 35,
4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 36 Abs. 1 Satz 3,
5. vollstationäre Pflege nach § 36 Abs. 1 in Höhe von 131 € monatlich,
6. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag nach § 38,
7. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 32 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 und Satz 2,
8. Rückstufung nach § 36 Abs. 2.

§ 39 Palliativversorgung

(1) ¹Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind nach einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. ²Die Aufwendungen sind angemessen bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37b SGB V gewährt werden.

(2) ¹Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. ²Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen nach Maßgabe des § 39a SGB V, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. ³Darüber hinaus können Leistungen nach diesem Abschnitt erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. ⁴Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

§ 40 Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

¹Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach Abschnitt VI auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. ²Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. ³Satz 2 gilt auch bezüglich der Überleitung in Pflegegrade im Sinn des § 140 SGB XI; das von dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen oder der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person übermittelte schriftliche Ergebnis der Überleitung ist der Beihilfestelle in Kopie vorzulegen. ⁴In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. ⁵Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen

Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Abschnitt VII Aufwendungen in sonstigen Fällen

§ 41 Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(1) Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maß gefährden,
2. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
3. bei Frauen und Männern vom Beginn des 18. Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen sowie von der Vollendung des 50. Lebensjahres an die Kosten für Maßnahmen zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms; Aufwendungen für ein Mammographie-Screening zwischen dem vollendeten 50. und 75. Lebensjahr sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,
4. bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an die Kosten für Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs; diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,
5. bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Zuckerkrankheit. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,
6. bei Männern von der Vollendung des 65. Lebensjahres an die Kosten eines Screenings zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen.

(2) ¹Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 3 beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der in der Anlage 5 Nr. 1 genannten, im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) zusammengeschlossenen universitären Zentren oder von deren Kooperationspartnern durchgeführt werden. ²Maßnahmen nach Satz 1 umfassen folgende Leistungen:

1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung,
 - a) 900 € pro Familie für eine einmalige Risikofeststellung mit einer Aufklärung sowie einer interdisziplinären Erstberatung, einer Stammbaumerfassung und der Mitteilung des Genbefundes; die Pauschale umfasst auch die Beratung weiterer Familienmitglieder,
 - b) bei Aufklärung zur diagnostischen genetischen Untersuchung durch einen Kooperationspartner der in Anlage 5 Nr. 1 genannten Zentren
 - aa) 400 €, sofern keine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum mehr erfolgt, oder
 - bb) 600 €, sofern noch eine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum erfolgt,
 - c) 113 € einmalig für ein Entscheidungscoaching für BRCA1/2-Mutationsträgerinnen durch spezialisiert Pflegende,

2. Genetische Untersuchung,

- a) 3 500 € für eine genetische Untersuchung bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall); 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,
- b) 250 € für einen prädiktiven Gentest; 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; die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden genetischen Analyse der Indexperson werden der gesunden ratsuchenden Person zugerechnet oder
- c) sofern ratsuchende Personen bis 2015 getestet wurden,
 - aa) 2 600 € bei einer erneuten Genpanel- Untersuchung zur Komplettierung der Indextestung oder
 - bb) 920 € für eine bioinformatische Auswertung bei Vorliegen von Daten aus einer Komplementärdiagnostik,

3. Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen,

- a) 672,80 € jährlich für intensiverte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen oder
- b) einmalig 672,80 €, sofern wegen des Wegfalls des erhöhten Risikos bei Nichterkrankten die intensiverte Früherkennung beendet wird und im entsprechenden Kalenderjahr noch keine Pauschale nach Buchst. a erstattet wurde.

³Aufwendungen nach Satz 2 Nr. 2 sind nicht nebeneinander beihilfefähig. ⁴Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Bestandteil der Früherkennungsmaßnahmen nach Satz 2 Nr. 3.

(3) ¹Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 3 beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der in der Anlage 5 Nr. 2 genannten, im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs (Hereditäres Nicht-Polypöses Colorektales Carcinom – HNPCC) zusammengeschlossenen universitären Zentren durchgeführt werden. ²Maßnahmen nach Satz 1 umfassen die

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,

- a) einmalig 600 € für die erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung unter der Voraussetzung, dass die revidierten Bethesda-Kriterien in der Familie der ratsuchenden Person erfüllt sind,
- b) 300 € für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom bekannt ist,

2. Tumorgewebsdiagnostik,

500 € 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; ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig,

3. Genetische Analyse,

- a) 3 500 € für eine genetische Analyse zur Mutationssuche auf eine bis dahin in der Familie nicht identifizierte Keimbahnmutation bei einer an Darmkrebs erkrankten Person (Indexfall) oder bei Vorliegen der Voraussetzungen bei einer ratsuchenden Person (Verdachtsfall), wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen,
- b) 350 € für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation,

4. Früherkennungsmaßnahmen,

540 € für eine jährliche endoskopische Untersuchung des Magendarmtraktes einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien unter den Voraussetzungen, dass ein Lynch- oder ein Polyposis-Syndrom vorliegt.

(4) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Anlage 1 Nr. 1000 bis 1020, 1040 und 2000 GOZ.

(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,
- 3. ärztlich verordnete zugelassene Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe.

(6) ¹Aufwendungen für Schutzimpfungen sind auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut beihilfefähig. ²Nicht beihilfefähig sind Impfungen anlässlich privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.

§ 42 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

- 1. für die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,
- 2. entsprechend §§ 8 bis 19, 25, 26, 28 und 44 Abs. 1 Nr. 2,
- 3. für die Hebamme,
- 4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 24 gepflegt wird; § 24 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend,
- 5. entsprechend § 28 für das Kind.

§ 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption

(1) ¹Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sowie gegebenenfalls Leistungen nach Abs. 3 sind nur dann zu 50 % beihilfefähig, wenn auf Grund eines Behandlungsplans

- 1. die Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,

2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,

3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind und

4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden.

²Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. ³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Frauen, die das 40. Lebensjahr und für Männer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben.

(2) ¹Die für Maßnahmen nach Abs. 1 zur Verfügung stehenden Verfahren sind unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

Verfahren	Indikationen	max. Anzahl der Versuche
1. Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, ggf. nach Ovulationstiming ohne Polyovulation (drei oder mehr Follikel)	<ul style="list-style-type: none">– somatische Ursachen (z.B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastense, Dyspareunie),– gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion,– Subfertilität des Mannes,– immunologisch bedingte Sterilität,	acht
2. Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel)	<ul style="list-style-type: none">– Subfertilität des Mannes,– immunologisch bedingte Sterilität,	drei
3. In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer)	<ul style="list-style-type: none">– 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 Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,– immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,	drei (Der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat.)
4. Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)	<ul style="list-style-type: none">– anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose,– idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen	zwei

Verfahren	Indikationen	max. Anzahl der Versuche
	therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind, – Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,	
5. Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	– schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermiogramme, die auf der Grundlage des Handbuchs der WHO zu „Examination and processing of human semen“ erstellt worden sind; die Untersuchung des Mannes durch Ärztinnen oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen, – nach Kryokonservierung gemäß Abs. 4 bei nachgewiesener Fertilitätsstörung der Frau unabhängig von einer männlichen Fertilitätsstörung.	drei (Der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat.)

²Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern erfolgt nach der Person, anlässlich deren Beratung und Behandlung die Kosten entstehen. ³Danach werden die Aufwendungen

1. dem Ehemann zugeordnet

- a) für Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens,
- b) für die in Nr. 12.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung genannten Laboruntersuchungen des Ehemanns,
- c) für die Beratung des Ehepaares nach Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung und die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung,

2. der Ehefrau zugeordnet

- a) für die Beratung des Ehepaares nach Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung,
- b) für die in Nr. 12.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung genannten Laboruntersuchungen der Ehefrau,
- c) für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen.

(3) Aufwendungen für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen sind beihilfefähig,

- 1. soweit und solange die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Abs. 1 vorliegen,
- 2. wenn diese im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach Abs. 2 entstehen,

längstens jedoch für die Dauer von drei Jahren.

(4) Abweichend von Abs. 3 können Aufwendungen für die Kryokonservierung einschließlich Entnahme, vorhergehender Aufbereitung und nachfolgender Lagerung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen einschließlich hormoneller Stimulation in medizinisch begründeten Ausnahmefällen höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Abs. 1 Satz 3, längstens jedoch für die Dauer von 15 Jahren als beihilfefähig anerkannt werden.

(5) ¹Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer Krankheit notwendig ist. ²In diesen Fällen sind die im Einzelfall erforderlichen Leistungen nach näherer Maßgabe der in §§ 8 bis 13, 18 und 26 bis 28 bezeichneten Aufwendungen beihilfefähig.

(6) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

1. für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von Empfängnis regelnden Mitteln,
2. aus Anlass eines beabsichtigten Schwangerschaftsabbruchs für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft,
3. für die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch oder eine nicht rechtswidrige Sterilisation.

§ 44 Sonstige Aufwendungen

(1) Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe;
2. Erste Hilfe.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen bei postmortalen Organspenden für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung, Organisation der Bereitstellung und den Transport des Organs zur Transplantation, soweit es sich bei den Organempfängern um beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen handelt.

(3) ¹Aufwendungen für eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind entsprechend den Abschnitten IV und V beihilfefähig, wenn die Empfängerin oder der Empfänger der Spende selbst beihilfeberechtigt ist oder zum Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen zählt. ²Beihilfefähig ist auch der nachgewiesene Ausfall von Arbeitseinkünften

1. der Spenderin oder des Spenders,
2. von Personen, die als Spenderin oder Spender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.

³Dem Arbeitgeber der Spenderin oder des Spenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt entsprechend dem Bemessungssatz der Empfängerin oder des Empfängers erstattet.

(4) Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einer nicht verwandten Blutstammzellspenderin oder einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register sind beihilfefähig.

(5) Erkrankten Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige an Krebs, beteiligt sich die Festsetzungsstelle an den angemessenen personenbezogenen Kosten unmittelbar gegenüber dem jeweiligen klinischen Krebsregister für jede

1. verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor im Sinn von § 65c Abs. 4 Satz 2 bis 4 und 5 SGB V sowie
2. landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister im Sinn von § 65c Abs. 6 SGB V.

§ 45 Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) ¹Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach den §§ 8 bis 29, 31 bis 44 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen

wären (Kostenvergleich).²Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt.³Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt.⁴Abweichend von Satz 1 sind Aufwendungen, die anlässlich eines vorübergehenden privaten Aufenthalts außerhalb Europas entstanden sind, nicht beihilfefähig.⁵Die Beschränkungen der Sätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Aufwendungen, die anlässlich von Notfallbehandlungen in Krankenhäusern entstehen.⁶Bei stationären Maßnahmen nach § 29 Abs. 1, die in Gebieten außerhalb der Europäischen Union durchgeführt werden, gilt Abs. 3 Nr. 3 entsprechend.

(2) ¹Aufwendungen nach Abs. 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können;
2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Abs. 1 und 3 zulässig;
3. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 550 € je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

(3) ¹Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinn von § 30 Abs. 1 Nr. 1 und 3 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn bei Antritt der Reise

1. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland aufgeführt ist,
2. die Voraussetzungen des § 30 vorliegen und
3. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

²Die Aufwendungen nach §§ 8 bis 19, 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1, 2, 4, 5 und Satz 2 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. ³Abs. 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen von Beamtinnen und Beamten sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland bestimmen sich nach der **Anlage 6**.

Abschnitt VIII Leistungsumfang, Verfahren

§ 46 Bemessung der Beihilfen

(1) ¹Die Beihilfe bemisst sich nach den in Art. 96 Abs. 3 Satz 2 BayBG genannten personenbezogenen Vomhundertsätzen (Bemessungssätze). ²Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrer beträgt 50 %; abweichend hiervon beträgt der Bemessungssatz dann 70 %, wenn dem entpflichteten Hochschullehrer auf Grund einer weiteren Beihilfeberechtigung nach § 2 Abs. 1 Nr. 2, die jedoch gemäß § 5 Abs. 1 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 % zustehen würde.

(2) ¹Der nach Art. 96 Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 2 BayBG bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einmal zu gewährende erhöhte Bemessungssatz von 70 % wird dem Beihilfeberechtigten gewährt, der die entsprechenden Kinderanteile des Orts- und Familienzuschlags erhält. ²Eine hiervon abweichende Zuordnung ist nur im Fall einer gemeinsamen anderweitigen Bestimmung durch die Beihilfeberechtigten möglich; bereits vor dem 1. Januar 2007 getroffene Vereinbarungen gelten fort. ³Abweichende Bestimmungen nach Satz 2 sollen nur in Ausnahmefällen geändert werden. ⁴§ 5 Abs. 6 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) ¹Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein nach Anrechnung von Kassenleistungen im Sinn von Art. 96 Abs. 2 Satz 4 BayBG verbleibender beihilfefähiger Differenzbetrag zu 100 % erstattet (Differenzkostenbeihilfe). ²Beihilfefähige Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Zuschüsse gewährt, werden zu den jeweils nach Art. 96 Abs. 3 Satz 2 BayBG maßgebenden Bemessungssätzen erstattet.

(4) Für die Anwendung des Abs. 1 gelten die Aufwendungen

1. nach § 25 Abs. 1 und 2 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,
2. einer Begleitperson sowie von Begleitpersonen im Rahmen einer familienorientierten Rehabilitation als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 42 Nrn. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 42 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter,
5. nach § 44 Abs. 2 und 3 als Aufwendungen der Empfängerin oder des Empfängers von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen.

(5) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses 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 %, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V erfüllt.

(6) ¹Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das Staatsministerium – kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
2. in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabs anzunehmen sind; eine Erhöhung ist ausgeschlossen in Fällen der §§ 31 bis 39.

²Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das Staatsministerium – kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

§ 47 Begrenzung der Beihilfen

(1) ¹Bei Leistungen von Dritten im Sinn von Art. 96 Abs. 2 Satz 2 BayBG handelt es sich um Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen. ²Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen – soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen – bleiben unberücksichtigt. ³Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 8 bis 45 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird.

(2) ¹Die in Abs. 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. ²Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. ³In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung

oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. ⁴Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach den §§ 28 bis 39 werden getrennt abgerechnet.

(3) ¹Vor dem Abzug der Eigenbeteiligungen gemäß Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG ist bei Bedarf die Begrenzung gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 2 BayBG durchzuführen. ²Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht.

(4) ¹Die Beihilfestelle hat die individuelle Höchstgrenze gemäß Art. 96 Abs. 3 Satz 7 und 8 BayBG anhand der im Januar eines Kalenderjahres maßgebenden Bezüge und Renten festzustellen. ²Abweichend hiervon ist bei einem Beginn der Beihilfeberechtigung während des laufenden Kalenderjahres der Tag der Berufung in ein Beamtenverhältnis, im Fall von Hinterbliebenen der Todestag des verstorbenen Beihilfeberechtigten maßgebend. ³Die nach den Sätzen 1 und 2 festgestellte Höchstgrenze vermindert sich bei verheirateten oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Beihilfeberechtigten um 15 %; sind beide Ehegatten oder Lebenspartner beihilfeberechtigt, erfolgt die Minderung des Einkommens um 15 % jeweils für jeden Beihilfeberechtigten gesondert. ⁴Die nach Satz 3 festgestellte Höchstgrenze vermindert sich für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Betrag; ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erfolgt die Minderung nach Halbsatz 1 bei dem Beihilfeberechtigten, der nach § 5 Abs. 6 zur Geltendmachung der Aufwendungen für Kinder berechtigt ist. ⁵Auf der Basis des gegebenenfalls nach den Sätzen 3 und 4 geminderten fiktiven Jahresbetrags wird die individuelle Höchstgrenze von 2 % oder 1 % errechnet. ⁶Ab dem Zeitpunkt der Überschreitung der Belastungsgrenze ist die festgesetzte Beihilfe für den Rest des Kalenderjahres nicht mehr nach Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG zu mindern.

(5) ¹Wurden im Jahr des Todes des verstorbenen Beihilfeberechtigten bereits Eigenbehalte nach Abs. 3 Satz 1 berücksichtigt, werden diese bei der Feststellung der Belastungsgrenze gemäß Art. 96 Abs. 3 Satz 7 und 8 BayBG dem überlebenden Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet. ²Bei einem Anspruch gemäß Art. 89 Abs. 4 Satz 1 BayBG oder Art. 96 Abs. 1 Satz 4 BayBG kommt Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG nicht zur Anwendung; bezüglich des Beginns und des Endes der Beurlaubung gilt Abs. 4 Satz 2 entsprechend.

§ 48 Verfahren

(1) ¹Beihilfen müssen vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden. ²Zulässig ist die Verwendung von EDV-Ausdrucken der Beihilfefeststellungsstellen zur Abfrage der erforderlichen Daten. ³Alternativ zu Satz 1 kann die Antragsstellung auch mittels einer vom Dienstherrn bereitgestellten Anwendungssoftware (Beihilfe-App) erfolgen, für deren Freischaltung eine einmalige sichere elektronische Authentifizierung des Beihilfeberechtigten erforderlich ist. ⁴Die vom Dienstherrn bereitgestellte Beihilfe-App muss die Integrität und Vertraulichkeit des übermittelten Datensatzes durch technische Maßnahmen, sowie die Anforderungen an die Barrierefreiheit nach § 9 Abs. 1 Satz 1 und 2 der Bayerischen Digitalverordnung gewährleisten. ⁵Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 gilt als Beihilfeantrag:

1. die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten
 - a) im Fall des § 31 Abs. 4 durch den Träger der Pflegeberatung oder
 - b) im Fall des § 44 Abs. 5 durch das jeweilige Krebsregisteroder

2. im Fall des § 44 Abs. 3 Satz 3 die Antragstellung durch den Arbeitgeber.

(2) Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(3) ¹Die Beihilfeanträge sind mit Belegen der Feststellungsstelle vorzulegen; die Vorlage von Zweitschriften oder Rechnungskopien ist ausreichend. ²Mit den übersandten Belegen ist entsprechend Art. 110 Abs. 2 BayBG zu verfahren. ³Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheim zu halten.

(4) ¹Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden. ²Bei kostenintensiven Aufwendungsarten, z.B. stationären Krankenhausbehandlungen, kann die Überweisung der festgesetzten Beihilfe unmittelbar an den Leistungserbringer erfolgen, wenn der Beihilfeberechtigte dies beantragt und die Festsetzungsstelle dem Antrag zustimmt. ³Sollen hierbei bestehende Möglichkeiten eines elektronischen Datenaustauschs zwischen den Leistungserbringern oder von diesen mit der Rechnungsstellung beauftragten Dritten und der Festsetzungsstelle genutzt werden, ist von Beihilfeberechtigten und gegebenenfalls den behandelten volljährigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Einwilligung in die erforderliche Datenverarbeitung sowie die Entbindung von der Schweigepflicht der Leistungserbringer einzuholen.

(5) Ist in den Fällen des § 26 Satz 1 Nr. 5 und des § 29 Abs. 6 Satz 4 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen sind.

(6) ¹Eine Beihilfe wird nur bei einer Antragsstellung innerhalb der in Art. 96 Abs. 3a BayBG bestimmten Frist gewährt. ²Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 32 Abs. 2 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, und bei Aufwendungen nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 7 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. ³Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

(7) ¹Zur Überprüfung von Notwendigkeit und Angemessenheit einzelner geltend gemachter Aufwendungen kann die Festsetzungsstelle Gutachterinnen oder Gutachter, Beratungsärztinnen oder Beratungsärzte und sonstige geeignete Stellen unter Übermittlung der erforderlichen Daten beteiligen, wobei personenbezogene Daten nur mit Einwilligung des Beihilfeberechtigten übermittelt werden dürfen. ²Die Zuerkennung der Eignung setzt voraus, dass die mit der Bewertung betrauten Personen nach dem Verpflichtungsgesetz zur Wahrung der Daten verpflichtet werden.

(8) ¹Die nach Art. 96 Abs. 4 BayBG zuständigen Dienststellen überprüfen bei entsprechenden Anhaltspunkten die Möglichkeit der Feststellung und Geltendmachung etwaiger Regressansprüche. ²Zur Umsetzung im staatlichen Bereich ist die in Art. 96 Abs. 4 Satz 3 BayBG bezeichnete staatliche Stelle befugt, bei den Staatsanwaltschaften Auskünfte zu Strafverfahren gegen Leistungserbringer wegen berufsbezogener Vermögens- und Korruptionsdelikte einzuholen, die so erhaltenen Informationen darauf hin zu überprüfen, ob sich unter den Geschädigten Beihilfeberechtigte befinden und im Fall der Übereinstimmung zur Geltendmachung von Ansprüchen nach Satz 1 zu verwenden. ³Nähere Vorgaben zur Umsetzung können vom Staatsministerium und dem Staatsministerium der Justiz gemeinsam festgelegt werden. ⁴Die nach Art. 96 Abs. 4 Satz 3 BayBG zuständige staatliche Stelle hat die von den Staatsanwaltschaften übermittelten Daten unverzüglich zu löschen, sobald eine Verarbeitung dieser Daten für die Prüfung nach Satz 2 nicht mehr erforderlich ist. ⁵Dies gilt insbesondere für Daten Geschädigter, die nach der Prüfung als beihilfeberechtigt ausscheiden.

Abschnitt IX Schlussbestimmungen

§ 49 Ausnahmen

(1) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzugs außerhalb des Familienwohnsitzes der verstorbenen Person eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 %.

(2) ¹Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das Staatsministerium – kann in besonders begründeten Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabs anzunehmen sind, über diese Verordnung hinaus die Gewährung von Beihilfen zulassen. ²Die oberste Dienstbehörde kann die Entscheidung im Sinn des Satzes 1 für bestimmte Fallgruppen von Aufwendungen auf eine nachgeordnete Behörde übertragen.

§ 50 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2007 in Kraft.

§ 51 Übergangsvorschriften

(1) Auf die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vorschrift vorhandenen Empfänger von Versorgungsbezügen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten oder Lebenspartner sowie Witwen und Witwer sowie hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner (§ 2 Abs. 1 Nr. 3) und die in Art. 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 4 BayBeamtVG bezeichneten Waisen findet § 47 Abs. 1 und 2 keine Anwendung, wenn diese Personen am 1. Oktober 1985 Versorgungsbezüge erhielten und in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind, solange dieser Tarif beibehalten wird.

(2) ¹ § 5 Abs. 1 Satz 2 gilt nicht für Versorgungsempfänger, deren Beihilfeanspruch auf einem vor dem 1. April 2011 entstandenen Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung beruht. ²Soweit nach § 49 Abs. 3 in Einzelfällen einer Beihilfegewährung nach einem von § 5 Abs. 1 Nr. 2 BayBhV in der bis 31. März 2011 geltenden Fassung abweichenden Rangverhältnis zugestimmt wurde, verbleibt es bei diesen Entscheidungen. ³Bei Beurlaubungen ohne Dienstbezüge nach Art. 89 Abs. 1 und 4 BayBG, die vor dem 1. Oktober 2024 begonnen wurden, gilt § 5 Abs. 3 Satz 1 in der am 30. September 2024 geltenden Fassung bis zur Beendigung der Beurlaubung.

(3) In den Fällen des § 141 Abs. 1 und 2 SGB XI sind die §§ 31 bis 35 und 37 bis 40 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung einschließlich der bis dahin geltenden Rechtslage des SGB XI weiterhin anzuwenden, sofern dies zu einer Besserstellung der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen führt.

(4) Beihilfen, die für im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich 30. Juni 2025 entstandene Aufwendungen nach § 33 Abs. 1 und 2 sowie § 34 in der am 30. Juni 2025 geltenden Fassung gewährt werden, werden auf die Beihilfeleistungen auf der Grundlage des gemeinsamen Betrages nach § 33 Abs. 5 für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.

München, den 2. Januar 2007

Bayerisches Staatsministerium der Finanzen

Prof. Dr. Kurt Faltlhauser, Staatsminister

Anlage 1 (zu § 7 Abs. 1)

Beihilfefähige Höchstbeträge bei von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern erbrachten Leistungen

Gebüh-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
1 – 10 Allgemeine Leistungen		
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 Ziffer 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 Ziffer 4 ist nur als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach Ziffer 1 oder 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50 €

Gebüh-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.</i>	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 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 Ziffern 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 €
9	Hausbesuch einschließlich Beratung	
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 €
10	Nebengebühren für Hausbesuche	
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 €
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen	
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse der Patientin/des Patienten	5,00 €
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	15,00 €
	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie) Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00 €
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	8,00 €
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen	
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich	3,00 €

Gebüh-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
	<i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i>	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z.B. 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 (z.B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.	3,00 €
	Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschl. Blutentnahme	3,00 €
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren 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 €
13	Sonstige Untersuchungen	
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z.B. ph-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €
14	Spezielle Untersuchungen	
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und Ziffer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	8,00 €
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und Ziffer 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, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00 €
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00 €
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung: Nicht neben Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechenbar</i>	8,00 €

Gebüh-Nr.	Leistungsbeschreibung		beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2		Sp. 3
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessungen		9,00 €
17	Neurologische Untersuchungen		
17.1	Neurologische Untersuchung		21,00 €
18 – 23	Spezielle Behandlungen		
20	Atemtherapie, Massagen		
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren		8,00 €
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenzmassage		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 €
		Massage im extramuskulären Bereich (z.B. 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 €
21	Akupunktur		
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose		23,00 €
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte		7,00 €
22	Inhalationen		
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden		3,00 €
24 – 30	Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren		
24	Eigenblut, Eigenharn		
24.1	Eigenblutinjektion		11,00 €
25	Injektionen, Infusionen		
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 Beihilfetragers.</i>		12,50 €
26	Blutentnahmen		
26.1	Blutentnahme		3,00 €
26.2	Aderlass		12,00 €
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren		
27.1	Setzen von Blutegehn, ggf. einschl. Verband		5,00 €

Gebüh-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
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 €
28	Infiltrationen	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00 €
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00 €
29	Roedersches Verfahren	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00 €
30	Sonstiges	
30.1	Spülung des Ohres	5,00 €
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00 €
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00 €
32	Versorgung einer frischen Wunde	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00 €
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00 €
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)	
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 €
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Die Leistung nach Ziffer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	17,00 €
35	Osteopathische Behandlung	
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 €
36	Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	

Gebüh-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
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 €
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, z.B. Kopf oder Arm	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, z.B. 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 €
38	Spezialpackungen <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 €
39	Elektro-physikalische Heilmethoden	
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 €
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, z.B. Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00 €

Anlage 2 Zu § 7 Abs. 5

Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Methoden

1. Völliger Ausschluss

Die Aufwendungen für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen:

A

- Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z.B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- Autohomologe Immuntherapien (z.B. ACTI-Cell)
- Atlasterapie nach Arlen

- Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
- Ayurvedische Behandlungen, z.B. nach Maharishi

B

- Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
- Biophotonen-Therapie
- Bioresonatorentests
- Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- Bogomoletz-Serum
- Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Prof. Barraquer

C

- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- Computergestützte mechanische Distraktionsverfahren, zur nichtoperativen segmentalen Distraction an der Wirbelsäule (z.B. SpineMED, DRX 9000, Accu-SPINA)
- Cytotoxologische Lebensmittelttests

D

- DermoDyne-Therapie (DermoDyneLichtimpfung)

E

- Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- Elektro-Neural-Diagnostik
- Epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik (z.B. nach Racz)

F

- Frischzellentherapie

G

- Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (z.B. Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik (BFD), Mora-Therapie)
- Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

H

- Heileurhythmie
- Hernien, Behandlung ohne Operation
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung
- Hornhautimplantation refraktiv zur Korrektur der Presbyopie

I

- Immuno-augmentative Therapie (IAT)
- Immunseren (Serocytol-Präparate)
- Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (z.B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne)

K

- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotographie
- Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)
- Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht als heilpädagogische Behandlung von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M
(aufgehoben)

N

- Neurostimulation nach Molsberger (NSM)
- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

- Photobiomodulation (PBM) bei trockener altersbedingter Makuladegeneration (AMD)
- Photodynamische Lasertherapie in der Parodontologie
- Psycotron-Therapie
- Pulsierende Signaltherapie (PST)
- Pyramidenenergiebestrahlung

R

- Regeneresen-Therapie
- Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- Rolfing-Behandlung

S

- Schwingfeld-Therapie
- SIPARI-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins
- visuelle Restitutionstherapie

Z

- Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind begrenzt:

a) Chelat-Therapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson und Siderose. Aufwendungen für alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung von Schwermetallvergiftungen.

b) Fokussierte Extracorporale Stoßwellentherapie (f-ESWT)

aa) Die Aufwendungen sind im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig bei Behandlung folgender Indikationen:

- aaa) Achillodynie (therapierefraktär),
- bbb) Bursitis trochanterica (therapierefraktär),
- ccc) Epicondylitis humeri radialis (therapierefraktär),
- ddd) Fasziitis plantaris,

eee) Patellaspitzensyndrom (therapierefraktär),

fff) Pseudarthrose,

ggg) Tendinosis calcarea.

bb) Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach der Anlage Nr. 1800 GOÄ beihilfefähig.

cc) Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

dd) Die Aufwendungen der ESWT in sonstigen Anwendungsbereichen werden vom Teilausschluss nicht erfasst.

c) Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie, diabetischem Fußsyndrom ab Wagner-Stadium II oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

d) Hyperthermie-Behandlungen

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

e) Klimakammerbehandlungen

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat. Die Gutachterperson wird von der Festsetzungsstelle bestimmt.

f) Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z.B. mit Aludrin.

g) Magnetfeldtherapie

Die Therapie mit Magnetfeldern ist beihilfefähig bei Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie im Rahmen einer repetitiven transcraniellen Magnetstimulation bei Depressionen.

h) Modifizierte Eigenblutbehandlung

Aufwendungen mit autologen Thrombozytenkonzentraten wie plättchenreiches Plasma (PRP) und plättchenreiches Fibrin (PRF) sind nur bei den folgenden Behandlungen beihilfefähig:

aa) Zahnheilkunde

nach Extraktion eines oder mehrerer Zähne

aaa) zum Volumenerhalt des Knochens beziehungsweise Alveolarfortsatzes (postextraktioneller, zum Beispiel präimplantologisch indizierter Kieferkammerhalt; Socket/ Ridge Preservation) oder

bbb) zur Verbesserung der Alveolenheilung und Reduktion des Alveolitis-Risikos (PRF als solide PRF-Plug-Matrix) insbesondere im Rahmen einer operativen Weisheitszahnentfernung

bb) Augenheilkunde
bei einer trockenen Glandulae tarsales (Meibom-Drüsen-Dysfunktion, Sicca-Syndrom, Keratokonjunktivitis sicca etc.) mit autologen Serumaugentropfen aus Eigenblut als Tränenersatzstoff.

i) Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle auf Grund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat. Die Gutachterperson wird von der Festsetzungsstelle bestimmt.

j) Radiale Stoßwellentherapie (r-ESWT)

aa) Die Aufwendungen sind im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig bei Behandlung folgender Indikationen:

- aaa) Achillodynie (therapierefraktär),
- bbb) Bursitis trochanterica (therapierefraktär),
- ccc) Epicondylitis humeri radialis (therapierefraktär),
- ddd) Fasziitis plantaris,
- eee) Patellaspitzensyndrom (therapierefraktär).

bb) Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach der Anlage Nr. 302 GOÄ beihilfefähig.

cc) Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

k) Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z.B. Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird Anlage 3 Nr. 4 bis 6 zugeordnet.

l) Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten

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

Anlage 3 (zu § 19 Abs. 1)

Beihilfefähige Höchstbeträge für ärztlich und zahnärztlich verordnete Heilbehandlungen

¹Vorbemerkungen: Innerhalb des durch den Richtwert angegebenen Zeitrahmens ist die Therapiemaßnahme durchzuführen sowie die Vor- und Nachbereitung inklusive Dokumentation der Therapiemaßnahme. ²Der Richtwert darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

³Einige Maßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. ⁴Der Zeitrahmen für die Nachruhe beträgt 20 bis 25 Minuten.

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Teil 1 Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,60
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20
Teil 2 Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
	b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
	c) physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	34,40
	d) Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	25,80
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	27,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage [KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)] bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten	44,20
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	55,20
7	Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	12,50
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,70
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	33,40
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	19,20
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung,	12,90

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	Richtwert: 10 bis 20 Minuten	
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,00
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	21,80
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	115,30
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	52,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
Teil 3 Massagen		
18	Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,30
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	21,50
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	31,70
Teil 4 Palliativversorgung		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Teil 5 Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten	13,60
23	Warmpackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango- Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Teilpackung	36,20
	c) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	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
26	Heublumensack, Peloidkompressen	12,10
27	Sonstige Packungen (zum Beispiel Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauße) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30
	b) Vollbad	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90
	b) Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinische Bäder mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
37	Gashaltige Bäder	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Nr. 36 Buchst. a bis c und nach Nr. 37 Buchst. b um 4,10 €. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nr. 36 Buchst. d beihilfefähig.	
Teil 6 Kälte- und Wärmebehandlung		
39	Kältetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile 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, Richtwert: 5 bis 10 Minuten	12,90
40	Wärmetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mittels Heißluft Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80
Teil 7 Elektrotherapie		
42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	17,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00
Teil 8 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 60 Minuten	117,30
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 30 Minuten	58,70
49	Bericht an die verordnende Person	6,60
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	117,30
51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	52,20
	b) Richtwert: 45 Minuten	71,70
	c) Richtwert: 60 Minuten	91,30
52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen),	64,50

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	Richtwert: 45 Minuten	
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	117,30
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	58,70
Teil 9 Ergotherapie		
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	44,20
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	52,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	70,40
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	88,00
55	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	140,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40
56	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	42,30
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	56,30
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	70,40
57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	18,50
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	24,70
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	43,10
58	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	52,80
59	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten	152,40
60	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer,	42,30

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	Richtwert: 45 Minuten	
61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	24,70
Teil 10 Podologie		
62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20
64	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
65	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer Richtwert: 20 Minuten	21,90
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	96,40
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	52,80
69	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	48,30
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
72	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
73	Behandlungsabschluss ggf. unter Einschluss der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
Teil 11 Ernährungstherapie		
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 30 Minuten	38,70
75	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 60 Minuten	77,40
76	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
77	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
78	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
80	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
81	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
82	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung,	54,20

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	Richtwert: 60 Minuten	
Teil 12 Sonstiges		
83	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	25,60
84	Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	16,70
85	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Leistungen nach der Nr. 55 Buchst. a bis c, Nr. 59 oder Nr. 80 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nrn. 83 und 84 sind daneben nicht beihilfefähig.	25,60
86	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40
87	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	91,38

Anlage 4 (zu § 21 Abs. 1)

Beihilfefähige ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

A

1. Abduktionslagerungskeil
2. Absauggerät (z.B. bei Kehlkopferkrankung)
3. Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z.B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
4. Alarmgerät für Epileptiker
5. Anti-Varus-Schuh
6. Anus-praeter-Versorgungsartikel
7. Anzieh-/Ausziehhilfen
8. Aquamat
9. Armmanschette
10. Armtragegurt/tuch
11. Arthrodesensitzkissen/sitzkoffer (Nielsen)/stuhl
12. Atemtherapiegeräte
13. Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)
14. Auffahrampen für Krankenfahrstuhl
15. Aufrichteschlaufe

16. Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 € beihilfefähig)
17. Aufstehgestelle
18. Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
19. Augenbadewanne/dusche/spülglas/flasche/pinsel/pipette/stäbchen
20. Augenschielklappe, auch als Folie

B

1. Badestrumpf
2. Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritis)
3. Badewannenverkürzer
4. Ballspritze
5. Behinderten-Dreirad
6. Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
7. Bettnässer-Weckgerät
8. Bettschutzeinlagen (saugende Krankenunterlage) zur Sicherung der Behandlung einer Krankheit bei Harn- oder Stuhlinkontinenz oder beides
9. Beugebandage
10. Billroth-Batist-Lätzchen
11. Blasenfistelbandage
12. Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
13. Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
14. Blindenschriftmaschine
15. Blindenstock/langstock/taststock
16. Blutlanzette
17. Blutzuckermessgerät
18. Bracelet
19. Bruchband

C

1. Clavicula-Bandage
2. Communicator (bei Sprech- oder Sprachstörungen)
3. Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhard- und software bis zu 3 500 €, ggf. zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5 400 €

D

1. Defibrillatorweste
2. Dekubitus-Schuttmittel (z.B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)
3. Delta-Gehrad
4. Drehscheibe, Umsetzhilfen
5. Duschsitz/stuhl

E

1. Einlagen (orthopädische), auch sensomotorische/propriozeptive Einlagen
2. Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
3. Ekzem-Manschette
4. Elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgabe für Blinde
5. Elektromobil
6. Elektro-Stimulationsgerät
7. Epicondylitisbandage/spange mit Pelotten
8. Ernährungssonde

F

1. Farberkennungsgerät für Blinde sowie bei hochgradiger Sehbehinderung
2. Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
3. Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
4. Fingerling
5. Fingerschiene
6. Fixationshilfen
7. Fußteilentlastungsschuh

G

1. Gehgipsgalosche
2. Gehhilfen und -übungsgeräte
3. Gehörschutz
4. Genutrain-Aktiv-Kniebandage
5. Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
6. Geräte zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung einschließlich Sensoren bei Personen mit einer behandlungsbedürftigen Stoffwechselerkrankung wie einer behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus, bei einer Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie sowie von sonstigen Fachärztinnen und Fachärzten mit einer diabetologischen Zusatzqualifikation; daneben sind die Aufwendungen eines Blutzuckermessgeräts zusätzlich beihilfefähig
7. Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
8. Gilchrist-Bandage
9. Gipsbett, Liegeschale
10. Glasstäbchen
11. Gummihose einschließlich saugender körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen) bei Blasen- oder Darminkontinenz oder beides
12. Gummistrümpfe

H

1. Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
2. Handgelenkriemen
3. Hebekissen
4. Heimdialysegerät
5. Helfende Hand, Scherenzange
6. Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (monitor)
7. 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), einschließlich der Nebenkosten, ab dem vollendeten 10. Lebensjahr begrenzt auf bis zu 1500 € je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Fernbedienung. Mehrkosten sind beihilfefähig, wenn nach einem fachärztlichen Gutachten (§ 48 Abs. 7) auf Grund einer beidseitigen an Gehörlosigkeit grenzenden Schwerhörigkeit oder

bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten ansonsten eine ausreichende Versorgung Schwersthörgeschädigter nicht zu gewährleisten ist.

I

1. Impulsvibrator
2. Infusionsbesteck oder gerät und Zubehör
3. Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, filter, wäscher
4. Innenschuh, orthopädischer
5. Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, pumpe, injektor)
6. Ipos-Vorfußentlastungsschuh

K

1. Kanülen und Zubehör
2. Katapultsitz
3. Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
4. Kieferspreizgerät
5. Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägrigkeit und bestehender Inkontinenz)
6. Klumpfußschiene
7. Klumphandschiene
8. Klyso
9. Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
10. Kniekappe/bandage, Kreuzgelenkbandage
11. Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
12. Knöchel- und Gelenkstützen
13. Körperersatzstücke einschließlich Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 €, bei Badeanzügen für Brustprothesenträgerinnen von 40 € zu berücksichtigen)
14. Kompressionsstrümpfe/strumpfhose
15. Koordinator nach Schielbehandlung
16. Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
17. Kopfschützer

18. Korrektursicherungsschuh
19. Krabblerrücken für Spastiker
20. Krampfaderrücken
21. Krankentruck (auch elektrisch) mit Zubehör
22. Krankenpflegebett
23. Krankenstuhl
24. Kreuzstützbandage
25. Krücke

L

1. Latextrichter bei Querschnittslähmung
2. Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
3. Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
4. Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
5. Lift (Krankentruck, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlift)
6. Lissensonde
7. Lumbalbandage

M

1. Malleotrain-Bandage
2. Mangoldsche Schnürbandage
3. Manutrain-Bandage
4. Maßschuhe (orthopädisch), die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen jeweils 64 € übersteigen (Eigenbeteiligung):
 - a) Straßenschuhe: Erstausrüstung 2 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
 - b) Hausschuhe: Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
 - c) Sportschuhe: Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
 - d) Badeschuhe: Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 4 Jahren
 - e) Interimsschuhe, ohne Ansatz einer Eigenbeteiligung
5. Milchpumpe
6. Mundsperrung
7. Mundstab/griffstab

N

1. Narbenschützer
2. Neurodermitis-Overall für Kinder vor Vollendung des 12. Lebensjahres, begrenzt auf zwei pro Jahr bis zu 80 € je Overall

O

1. Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u.Ä., auch Haltemanschetten usw.
2. Orthesenschuhe, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen (Eigenbeteiligung)
3. Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
4. Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, bis zu maximal sechs Paar Schuhen pro Jahr
5. Orthopädischer Spezialschuh für Diabetiker, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen (Eigenbeteiligung)

P

1. Pavlikbandage
2. Penisklemme
3. Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel
4. Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung
5. Polarimeter
6. Psoriasiskamm

Q

Quengelschiene

R

1. Reflektometer
2. Rektophor
3. Rollbrett
4. Rutschbrett

S

1. Schede-Rad
2. Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist nicht beihilfefähig)
3. Schutzbrille für Blinde

4. Schutzhelm für Behinderte
5. Schwellstromapparat
6. Segofix-Bandagensystem
7. Sicherheitsmechanismus zum Schutz vor Nadelstichverletzungen für dritte Personen, wenn der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der eine Infektionsgefahr durch Stichverletzungen, insbesondere durch Blutentnahmen und Injektionen, besteht oder angenommen werden kann
8. Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
9. Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
10. Skolioseumkrümmungsbandage
11. Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
12. Sphinkter-Stimulator
13. Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
14. Spreizfußbandage
15. Spreizhose/schale/wagenaufsatz
16. Spritzen
17. Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Lähmungszuständen und Achillessehenschädigung; die gleichzeitige Anerkennung der Aufwendungen einer Orthese, gegebenenfalls zuzüglich eines Orthesenschuhs, ist ausgeschlossen
18. Stehübungsgerät
19. Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
20. Strickleiter
21. Stubbies
22. Stumpfschuhhülle
23. Stumpfstrumpf
24. Suspensorium
25. Symphysen-Gürtel

T

1. (Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar

2. Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung)
3. Therapiestuhl
4. Tinnitus-Gerät
5. Toilettenhilfen bei schwerbehinderten Menschen oder Personen mit Hüfttotalendoprothesen
6. Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
7. Tragegurtsitz

U

1. Übertragungsanlagen – zur Befriedigung 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
2. Übungsschiene
3. Urinale
4. Urostomie-Beutel

V

1. Verbandsschuh (Einzelschuhversorgung)
2. Vibrationstrainer bei Gehörlosigkeit

W

1. Wasserfeste Gehhilfe
2. Wechseldruckgerät
3. Wright-Peak-Flow-Meter

Z

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set

Anlage 5 (zu § 41 Abs. 2)

Klinische Zentren mit umfassenden Versorgungskonzepten zur Erkennung und Therapie von erblich bedingten Krebserkrankungen

1. Im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) zusammengeschlossene universitäre Zentren

- 1.1 Berlin
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum
- 1.2 Dresden

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1.3 Düsseldorf

Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum

1.4 Erlangen

Universitätsklinikum Erlangen,
Familiäres Brust- und Eierstockkrebszentrum

1.5 Frankfurt

Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1.6 Freiburg

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Freiburg

1.7 Göttingen

Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum

1.8 Greifswald

Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Greifswald

1.9 Halle

Universitätsklinikum Halle, Klinik und Poliklinik für Gynäkologie

1.10 Hamburg

Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

1.11 Hannover

Institut für Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover

1.12 Heidelberg

Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg

1.13 Kiel

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

1.14 Köln

Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

1.15 Leipzig

Institut für Humangenetik der Universität Leipzig, Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs

1.16 Lübeck

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

1.17 Mainz

Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsmedizin Mainz, Institut für Humangenetik
und Klinik für Frauengesundheit

1.18 München

Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München-Großhadern
Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar

1.19 Münster

Institut für Humangenetik der Universität Münster

1.20 Regensburg

Institut für Humangenetik, Universität Regensburg

1.21 Tübingen

Universität Tübingen, Institut für Humangenetik

1.22 Ulm

Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm

1.23 Würzburg

Institut für Humangenetik der Universität Würzburg

2. Im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs (HNPCC) zusammengeschlossene universitäre Zentren

2.1 Berlin

Gastroenterologie, Rheumatologie und Infektiologie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte

2.2 Bochum

Medizinische Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Knappschafts Krankenhaus

2.3 Bonn

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Bonn, Biomedizinisches Zentrum

2.4 Dresden

Institut für Klinische Genetik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, Abteilung Chirurgische Forschung

2.5 Düsseldorf

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Düsseldorf

2.6 Halle (Saale)

Universitätsklinikum Halle (Saale)

2.7 Hamburg

II. Medizinische Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg

2.8 Hannover

Institut für Humangenetik der Medizinischen Hochschule Hannover

2.9 Heidelberg

Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg, Abteilung für Angewandte Tumorbologie

2.10 Leipzig

Klinik und Poliklinik für Onkologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Pneumologie und Infektiologie des Universitätsklinikums Leipzig

2.11 Lübeck

Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Molekularpathologie, Campus Lübeck

2.12 Magdeburg

Medizinische Fakultät der Universitätsklinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

2.13 München

Medizinische Klinik und Poliklinik IV der Ludwig-Maximilians-Universität München, Campus Innenstadt
Medizinisch-Genetisches Zentrum

2.14 Münster

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Münster

2.15 Tübingen

Institut für Medizinische Genetik und angewandte Genomik des Universitätsklinikums Tübingen

2.16 Ulm

Klinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Ulm

Anlage 6 Zu § 45 Abs. 4

Sonderregelungen für Bedienstete mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland

I.

Beamtinnen und Beamte

1. Zu § 3 Abs. 1 Nr. 2

Berücksichtigungsfähig sind die nicht selbst beihilfeberechtigten Kinder des Beihilfeberechtigten, für die ein Kinderzuschlag nach Art. 38 BayBesG gezahlt wird oder nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit sorgeberechtigt ist oder war.

2. Zu § 7 Abs. 1

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich anstelle der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren; Entsprechendes gilt für Heilpraktikerleistungen.

3. Zu § 7 Abs. 4 Nr. 2 sowie Art. 96 Abs. 1 BayBG

Zu dem in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrag tritt in entsprechender Anwendung von § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

4. Zu §§ 9 bis 12

Bei ambulant durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung ist im Einzelfall unter Beteiligung von Gutachterpersonen das Vorliegen der jeweiligen Abrechnungsvoraussetzungen zu prüfen.

5. Zu § 14

Ist bei zahnärztlichen Sonderleistungen der auf zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik entfallende Kostenanteil nicht nachgewiesen oder nicht zu ermitteln, ist der hierauf entfallende Anteil mit 40 % des Gesamtrechnungsbetrags anzusetzen.

6. Zu § 19

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich in Textform verordnete Heilbehandlungen beurteilt sich anstelle der Anlage 3 unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 % der Kosten, die die nach dieser Vorschrift maßgeblichen Höchstsätze der Anlage 3 übersteigen, höchstens jedoch um 10 €. Satz 2 ist bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nicht anzuwenden.

7. Zu §§ 21 bis 23

Zu den für diese Vorschrift maßgebenden Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu, wenn die Aufwendungen in Fremdwährung entstanden sind.

8. Zu § 25

Bei einer notwendigen ambulanten ärztlichen Behandlung des den Haushalt allein führenden Elternteils außerhalb des Gastlandes findet die Vorschrift entsprechende Anwendung, wenn mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und die auswärtige Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert. Werden in diesen Fällen Kinder unter vier Jahren mitgenommen, sind die notwendigen Beförderungskosten beihilfefähig.

Wird die Weiterführung des Haushalts von einer der in § 24 Abs. 1 Satz 3 genannten Person übernommen, so sind die Fahrtkosten bis zur Höhe der Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

9. Zu § 26

Ist bei Krankheit oder Geburt eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Behandlung geboten war. Entsprechendes gilt aus Anlass von Maßnahmen nach §§ 29 und 30.

10. Zu § 27

Die Vorschrift gilt auch bei notwendiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung außerhalb des Gastlandes.

Dies gilt auch bei einer außerhalb des Gastlandes erforderlichen stationären Behandlung für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige Begleitperson.

Zum Höchstbetrag tritt in entsprechender Anwendung von § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

11. Zu § 28

Für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenanstalten sind unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung einem Zweibettzimmer im Inland entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Die in Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG genannten Eigenbeteiligungen sind entsprechend zu berücksichtigen.

12. Zu § 29

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer entsprechenden ausländischen Einrichtung hat zur Voraussetzung, dass die Einrichtung amts- oder vertrauensärztlich als zur stationären Behandlung und Pflege im Sinn des § 29 Abs. 2 bis 4 geeignet erklärt und die Behandlung nicht in Verbindung mit einem Inlandsaufenthalt durchgeführt werden kann. Dem Beihilfeantrag sind entsprechende Unterlagen über die stationäre Rehabilitationseinrichtung beizufügen.

Wird eine Rehabilitationsmaßnahme, auf die ein Anspruch aus anderen Sicherungssystemen besteht (vgl. Art. 96 Abs. 2 Sätze 3 und 4 BayBG), im Inland gewährt, so gelten auch die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem inländischen Behandlungsort als beihilfefähige Aufwendungen, soweit diese vom Kostenträger nicht erstattet werden. Dies gilt nicht, wenn die Rehabilitationsmaßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht auch im Gastland oder in der näheren Umgebung durchgeführt werden kann und die beihilfefähigen Aufwendungen in diesem Fall niedriger sind als die Durchführung der entsprechenden Behandlung im Inland.

13. Zu § 30

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

14. Zu § 42 Nr. 4

Ist im Geburtsfall eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet und muss dieser wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden, sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe entsprechend § 25 Abs. 1 für die Dauer der ärztlich festgestellten unvermeidbaren Abwesenheit vom Dienstort beihilfefähig.

Im Geburtsfall sind die Kosten für Unterkunft am Entbindungsort vor Aufnahme in eine Krankenanstalt entsprechend den Unterkunftskosten bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen beihilfefähig. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt eines nahen Angehörigen.

15. Zu § 46 sowie Art. 96 Abs. 3 Sätze 1 bis 3 BayBG

Der Bemessungssatz erhöht sich auf 100 % der beihilfefähigen Aufwendungen

1. für Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort (Nr. 9), soweit diese den Betrag von 153 € übersteigen,
2. für die unter Nr. 19 genannten Fälle der Leichen- und Urnenüberführung.

16. Zu § 48 Abs. 6

Diese Regelung findet auch auf Beförderungskosten zum nächstgelegenen Behandlungsort (Nr. 9) Anwendung.

17. Zu § 48 Abs. 6 Satz 1

Die Antragsfrist ist gewahrt, wenn der Beihilfeantrag innerhalb dieser Frist bei der zuständigen Beschäftigungsdienststelle im Ausland vorgelegt wird.

18. Zu § 49 Abs. 2

Bei Beamtinnen und Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und in das Ausland abgeordneten Beamtinnen und Beamten sind die Kosten der Leichen- und Urnenüberführung vom Gastland in die Bundesrepublik Deutschland bis zur Höhe der Überführungskosten an den vom Hinterbliebenen gewählten Beisetzungsort beihilfefähig.

19. Beihilfefähige, außerhalb des Gastlandes entstehende Aufwendungen

Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthalts außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, sind nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie bei Behandlung im Gastland oder in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Dies gilt nicht in den Fällen der Nr. 9.

II.

Arbeitnehmer

Sofern in das Ausland entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Grund von Art. 144 Abs. 1 BayBG noch einen Beihilfeanspruch haben, finden die Regelungen des Abschnitts I mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass sich für diese Beschäftigten der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 % erhöht, wenn sie nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder freiwillig versichert sind und einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.

Für die bei den Auslandsdienststellen beschäftigten nicht entsandten deutschen und nichtdeutschen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die auf Grund von Art. 144 Abs. 1 BayBG noch einen Beihilfeanspruch haben, finden die Regelungen des Abschnitts I mit folgenden Maßgaben entsprechende Anwendung:

1. Zu Abschnitt I Nr. 1 (§ 3 Abs. 1 Nr. 2)

Zu Aufwendungen für Kinder kann eine Beihilfe gewährt werden, wenn das Kind bei sinngemäßer Anwendung der für entsandte Bedienstete geltenden Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähig wäre.

2. Zu Abschnitt I Nr. 3 (§ 7 Abs. 4 Nr. 2 sowie Art. 96 Abs. 1 BayBG)

An die Stelle des in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrags tritt der dem ortsüblichen Einkommensniveau entsprechende Betrag für eine vergleichbare Beschäftigung im Inland. In Zweifelsfällen ist das ortsübliche Einkommen für eine der Entgeltgruppe 5 des TV-L vergleichbare Tätigkeit zugrunde zu legen. Ein Kaufkraftausgleich wird nicht vorgenommen.

3. Zu Abschnitt I Nr. 9 (§ 26)

Die Kosten der Beförderung zur Behandlung außerhalb des Landes sind nur dann beihilfefähig, wenn aufgrund einer amts- oder vertrauensärztlichen Stellungnahme außergewöhnliche Gründe dies rechtfertigen und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Einlieferung in ein Krankenhaus außerhalb des Landes unabweisbar war.

4. Zu Abschnitt I Nr. 10 (§ 27)

Nr. 3 findet entsprechende Anwendung.

5. Zu Abschnitt I Nrn. 12 und 13 (§§ 29, 30)

Zu den Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden Beihilfen nicht gewährt.

6. Zu Abschnitt I Nr. 14 (§ 42)

Nr. 3 findet entsprechende Anwendung.

7. Zu Abschnitt I Nr. 15 (§ 46 sowie Art. 96 Abs. 3 Sätze 1 bis 3 BayBG)

Für die nicht entsandten deutschen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, erhöht sich der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 %.

8. Zu Abschnitt I Nr. 18 (§ 49 Abs. 2)

Abschnitt I Nr. 18 findet keine Anwendung.