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, 2, 3, 4 und 5 der Verordnung vom 7. Juli 2026 (GVBl. S. 495) 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) [1]Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, bei Schutzimpfungen und sonstigen Fällen. [2]Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) [1]Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. [2]Der 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) [1]Beihilfeberechtigung 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. [2]Sie 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) [1]Beim 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.

[2]Satz 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) [1]Die 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. [2]Die 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) [1]Eine 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. [2]Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) [1]Ist 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. [2]Ist 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) [1]Bei 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. [2]Gewährte Zuschüsse im Sinn des Art. 96 Abs. 2 Satz 4 BayBG werden in voller Höhe auf die beihilfefähigen Aufwendungen angerechnet. [3]Bei 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. [4]Sätze 2 und 3 gelten auch, soweit Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen wurden. [5]Art. 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) [1]Beihilfefähig 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.

[2]Die 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) .

[3]Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. [4]Leistungen, 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. [5]Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind nach Maßgabe der **Anlage 1** beihilfefähig. [6]Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle.

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

(3) [1]Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen können auch auf der Basis von Verträgen und Vereinbarungen bewertet werden. [2]Die 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. [3]Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. [4]Sofern 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 in Verbindung mit Abs. 5a 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

[1]Aus 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.

[2]Nicht 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) [1]Zu 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 Psychotherapie (§ 11),

6. Verhaltenstherapie (§ 12),

7. Systemischen Therapie (§ 12a).

[2]Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 sowie 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.

[3]Eine 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 substitutionsgestützter 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) [1]Aufwendungen 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. 7 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 Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten beruhenden vertrauensärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

[2]Satz 1 gilt nicht für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlungen. [3]Mit 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) [1]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. [2]Von dem Anerkennungsverfahren nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten 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.

(4) [1]Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von in der Regel mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung. [2]Eine Gruppenbehandlung kann auch mit einer Behandlungsdauer von 50 Minuten durchgeführt werden, in diesen Fällen erhöht sich die Gesamtzahl der beihilfefähigen Sitzungen entsprechend. [3]Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Anzahl der beihilfefähigen Sitzungen nach der überwiegend durchgeführten Anwendungsform. [4]Überwiegt die Einzelbehandlung, so wird eine als Gruppenbehandlung durchgeführte Doppelstunde von mindestens 100 Minuten als eine Einzelstunde der Einzelbehandlung gewertet; überwiegt die Gruppenbehandlung, so wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Einzelstunde von mindestens 50 Minuten als eine Doppelstunde der Gruppenbehandlung gewertet. [5]Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach Abs. 8 werden mit der Anzahl der Sitzungen mit der Kurzzeittherapie verrechnet. [6]Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über 24 oder 30 Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. [7]Aufwendungen 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. [8]Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf die nach Satz 7 genehmigten Sitzungen anzurechnen.

(5) [1]Aufwendungen für eine psychotherapeutische Sprechstunde als Einzeltherapie sind je Krankheitsfall für bis zu sechs Sitzungen in Einheiten von mindestens 25 Minuten beihilfefähig. [2]Für 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. [3]Die durchgeführten Sprechstunden werden nicht auf die bestehenden beihilfefähigen Therapiekontingente angerechnet.

(6) [1]Aufwendungen für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung sind je Krankheitsfall für bis zu vier Sitzungen in Einheiten von 100 Minuten beihilfefähig. [2]Bei 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. [3]Die Sitzungen können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden. [4]Abs. 5 Satz 3 gilt entsprechend.

(7) [1]Aufwendungen für bis zu fünf probatorische Sitzungen, bei analytischer Psychotherapie für bis zu acht probatorische Sitzungen, sind beihilfefähig, auch wenn Bezugspersonen einbezogen werden. [2]Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind zwei zusätzliche probatorische Sitzungen beihilfefähig. [3]Die probatorische Sitzung umfasst im Einzelsetting 50 Minuten und im Gruppensetting 100 Minuten. [4]Probatorische Sitzungen im

Gruppensetting können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden. [5]Probatorische Sitzungen sind nicht auf die beihilfefähigen Kontingente der Behandlungen von Kurz- oder Langzeittherapien anzurechnen.

(8) [1]Aufwendungen für Leistungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Sitzungen je Krankheitsfall beihilfefähig. [2]Für 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. [3]Sind 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. [4]Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen wird auf die Zahl der bewilligten Sitzungen nach den §§ 11 bis 12a angerechnet.

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

(10) [1]Eine Therapie mittels katathymen Bilderlebens ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts, eine Rational Emotive Therapie nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig. [2]Aufwendungen 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. 8 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) [1]Beihilfefähig 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.

[2]Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 dürfen nicht in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nrn. 2 und 3 kombiniert werden. [3]Neben 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) [1]Aufwendungen 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.

[2]In 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. [3]Zeigt 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. [4]Voraussetzung 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. [5]Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme durch ein vertrauensärztliches Gutachten im Sinne des § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, § 9 Abs. 3 Satz 1 gilt nicht.

(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, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung 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 3 und 4 entsprechend.

(4) [1]Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese die Bezeichnung „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.
[2]Eine 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. [3]Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (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, die die Voraussetzungen nach § 95c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie.

(6) [1]Leistungen 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 auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 4 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen,

3. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie.

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

(7) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 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.

§ 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) [1]Wird 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. [2]Ärztliche 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, die die Voraussetzungen nach § 95c SGB V zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie.

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

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach § 95c SGB V zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 4 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen,

3. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie.

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

(6) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 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.

§ 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 und Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt mit erfolgreicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie für eines der folgenden Fachgebiete sein:

1. Psychiatrie und Psychotherapie,

2. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder

4. Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

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

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach § 95c SGB V zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie,

3. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach § 11 oder § 12 und einer Zusatzqualifikation im Sinne des § 4 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.

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

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach § 95c SGB V zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie,

3. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach § 11 oder § 12 und einer Zusatzqualifikation im Sinne des § 4 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.

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

(6) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 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.

§ 13 Nicht beihilfefähige psychotherapeutische Behandlungsverfahren

[1]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Familientherapie,

2. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,

3. Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers),

4. Gestalttherapie,

5. Körperbezogene Therapie,

6. Konzentrative Bewegungstherapie,

7. Logotherapie,

8. Musiktherapie,

9. Psychodrama,

10. Respiratorisches Biofeedback,

11. Transaktionsanalyse.

[2]Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinn der §§ 9 bis 12a gehören Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. [3]Entsprechendes 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

[1]Aufwendungen 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.

[2]Die 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

[1]Aufwendungen 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 (Parodonthopathien),

3. umfangreiche Gebisssanierungen,

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.

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

§ 17 Implantologische Leistungen

[1]Aufwendungen für implantologische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist und eine der folgenden Indikationen vorliegt:

1. größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache haben in:
   a) Tumoroperationen,

   b) Entzündungen des Kiefers,

   c) Operationen infolge von großen Zysten,

   d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
   e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers – wie Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten oder ektodermale Dysplasien – oder
   f) Unfällen,

2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,

3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen, wenn in mindestens einem Kiefer weniger als acht Zähne angelegt sind, oder

4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich.

[2]Liegen 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. [3]Dabei sind die Gesamtaufwendungen der implantologischen Versorgung entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nichtbeihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern. [4]Unabhängig 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

[1]Beihilfefähig 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 Bluttestreifen 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.

[2]Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva und eingesetzte Intrauterinpessare sind nur unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

1. bei Personen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres,

2. wenn diese Mittel zur Behandlung eines Krankheitszustands verordnet werden oder

3. für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet wurden und Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen.

[3]Nicht 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) [1]Aus Anlass einer Krankheit sind die ärztlich oder zahnärztlich in Textform verordneten Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe nach Maßgabe der Anlage 3 beihilfefähig. [2]Aufwendungen für Ergotherapie (Teil 9 der Anlage 3) einschließlich der verbrauchten Stoffe sind bei einer in Textform erstellten Verordnung durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten, die oder der die Voraussetzungen nach § 95c SGB V zur Eintragung in das Arztregister erfüllt, ebenfalls beihilfefähig. [3]Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder, ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb von Maßnahmen nach §§ 29, 30. [4]Die 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.

[5]Abweichend 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) [1]Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Anlage 3 Nr. 15 – sind nur auf Grund einer krankenhausärztlichen 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.

[2]Die 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) [1]Aufwendungen 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.

[2]Fitness- 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) [1]Aufwendungen 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-Kreislauferkrankungen, Lungen- oder Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur,

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

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

(5) [1]Die 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.

[2]Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind z.B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagsschulen, Werkstätten für behinderte Menschen.

§ 19a Neuropsychologische Therapie

(1) [1]Aufwendungen 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.

[2]Satz 1 gilt auch bei Behandlungen, die durchgeführt werden von

1. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, die aufgrund einer Weiterbildung im Gebiet der neuropsychologischen Psychotherapie die Voraussetzungen nach § 95c SGB V zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, oder

2. folgenden Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, wenn diese über eine neuropsychologische Qualifikation verfügen:
   a) ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,
   b) psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder
   c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -psychotherapeuten.

[3]Der 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 Alzheimertyp, handelt oder

3. die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.

(3) [1]Aufwendungen 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.

[2]Bei 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

[1]Werden 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. [2]Eine Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder, die von einem interdisziplinären Team erbracht wird. [3]Als Komplextherapie gelten insbesondere Leistungen

1. von psychiatrischen und von psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,

2. von sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 Abs. 1 Satz 1 SGB V,

3. von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V,

4. der besonderen Versorgung nach § 140a Abs. 1 SGB V,

5. 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) [1]Die Aufwendungen für Anschaffung oder Miete der in der **Anlage 4** unter der jeweiligen Hilfsmittelgruppe 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. [2]Mieten 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) [1]Die 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. [2]Nicht 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.

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

(5) [1]Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Hörhilfen sind nur beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der bisherigen Hörhilfe vier Jahre vergangen sind. [2]Dies 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. [3]Ist 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) [1]Aufwendungen 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.

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

1. seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Kunststoff ein Jahr vergangen ist,

2. seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Echthaar zwei Jahre vergangen sind oder

3. sich bei Kindern vor Ablauf der vorgenannten Zeiträume die Kopfform geändert hat.

[4]Bei 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) [1]Beihilfefähig 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.

[2]Daneben sind die Aufwendungen für notwendiges und angemessenes Zubehör, soweit es ausschließlich für die Nutzung der Software zwingend erforderlich ist, beihilfefähig. [3]Nicht 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) [1]Aufwendungen für Sehhilfen sind nach den Abs. 2 bis 6 beihilfefähig. [2]Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist eine augenärztliche Verordnung in Textform. [3]Für 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) [1]Neben 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.

[2]Neben 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.

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

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

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

(10) [1]Aufwendungen 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.

[2]Aufwendungen 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) [1]Sofern die Trainingskraft nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. [2]Sofern 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. [2]Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. [3]Bei 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.

[4]Beihilfefähig 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) [1]Aufwendungen für eine Übergangspflege, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (§ 28) 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. [2]Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der auf der Grundlage des § 39e SGB V in Verbindung mit § 132m SGB V vereinbarten Kosten. [3]Nicht 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 Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten, die oder der die Voraussetzungen nach § 95c SGB V zur Eintragung in das Arztregister erfüllt,

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

§ 24a Soziotherapie

(1) [1]Aus 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. [2]Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. [3]Schwere 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).

[4]Die 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 –.

[5]Die 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) [1]Behandlungen 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. [2]Soziotherapie 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) [1]Kosten 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. [3]Im 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) [1]Werden 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. [2]Die 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

[1]Beihilfefähig 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.

[2]Fahrtkosten sind bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung beihilfefähig. [3]Höhere 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. [4]Bei Fahrten nach Satz 1 den Nrn. 2 und 3 sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

§ 27 Auswärtige ambulante Behandlungen

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

§ 28 Krankenhausleistungen

(1) [1]In 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. [2]Beihilfefähig 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) [1]In 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 Wahlleistungen 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.

[2]Beihilfefähig 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 Wahlleistungen für Unterkunft entsprechend Satz 1 Nr. 2.

[3]Die 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. [4]Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 gilt entsprechend. [5]Aufwendungen für die medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind beihilfefähig. [6]Nicht 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) [1]Die 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. [2]Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen sind nach Maßgabe des Abs. 8 beihilfefähig.

(2) [1]Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen. [2]Anschlussheilbehandlungen 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) [1]Voraussetzung 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. [2]Eine 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. [3]Pflegen 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. [4]Die Beihilfefähigkeit ist ab einer Dauer von 30 Tagen von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle abhängig. [5]Die Anerkennung wird erteilt, wenn die lange Dauer ärztlich besonders begründet wird oder durch eine medizinische Bescheinigung nachgewiesen ist.

(7) [1]Aus 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.

[2]Satz 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. [3]Im 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. [4]Liegt die Bescheinigung nach Abs. 6 Satz 1 oder Satz 3 nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach Nr. 1 beihilfefähig.

(8) [1]Aus 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.

[2]Wurde 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) [1]Ambulante 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. [2]Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach § 19 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem im Heilkurorteverzeichnis des Staatsministeriums aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. [3]Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet befinden.

(5) [1]Bei 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.

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

(6) [1]Die 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.

[2]Von 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) [1]Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. [2]Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. [3]Die 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) [1]Für 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. [2]Über 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) [1]Bei 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. [2]Die 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 pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

[3]Geeignete 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) [1]Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. [2]Sie 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 €.

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

(3) [1]Wird 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. [2]Während einer Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§ 33) gilt Abs. 2 Satz 7 und 8 entsprechend.

(4) [1]Erfolgt die pflegerische Betreuung in ambulant betreuten Wohngruppen, werden neben Leistungen nach den Abs. 1 bis 3 zusätzlich folgende Leistungen gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Leistungen gezahlt hat:

1. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45f SGB XI,

2. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45g SGB XI sowie

3. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI nach § 45h SGB XI.

[2]Die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen. [3]Abs. 2 Satz 5 und § 31 Abs. 3 Satz 1 gelten entsprechend.

(5) [1]Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. [2]Aufwendungen 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) [1]Bei 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. [2]Notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstanden sind, sind bei Nachweis beihilfefähig. [3]Die Aufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 zusammen sind maximal bis zu dem in Abs. 5 genannten Betrag pro Kalenderjahr beihilfefähig. [4]Wird die Pflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Abs. 1 Anwendung.

(3) [1]Kann 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). [2]Erfolgt 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) [1]Pflegeaufwendungen 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. [3]Sind 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) [1]Aufwendungen 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) [1]Aufwendungen 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. [2]Anstelle 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. [3]Die 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) [1]Beihilfefähig 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 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen bis zur Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts im Sinne des § 42b Abs. 5 Satz 2 bis 4 SGB XI. [2]Abweichend 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 § 42b 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

[1]Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel,

2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person,

3. digitale Pflegeanwendungen bei häuslicher Pflege bis zu einem Betrag von insgesamt 40 € im Monat sowie damit einhergehende ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen bis zu einem Betrag von insgesamt 30 € im Monat,

wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. [2]Bei 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) [1]Bei 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. [2]Beihilfefähig 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 €.

[3]Daneben sind Aufwendungen für Zuschläge nach den §§ 43b, 43c SGB XI sowie § 132g SGB V beihilfefähig. [4]Abweichend 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) [1]Zu 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. [2]Einkommen 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. [3]Der 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.

[4]Im 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. [5]Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen nach Satz 1 werden als Beihilfe gezahlt.

§ 37 Einrichtungen der Behindertenhilfe

[1]Aufwendungen 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. [3]Daneben sind Aufwendungen für einen Zuschlag nach § 132g SGB V beihilfefähig. [4]Auf diesen Zuschlag ist § 31 Abs. 3 nicht anwendbar.

§ 38 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag

(1) [1]Für 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. [2]Die nach Satz 1 als beihilfefähig anerkannten Beträge sind auf den jeweiligen Höchstbetrag nach § 32 Abs. 1 Satz 1 anzurechnen. [3]Im Übrigen bestimmen sich Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen nach § 45b SGB XI. [4]§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) [1]Bei einer häuslichen Pflege ist neben Leistungen nach § 32 ein Entlastungsbetrag beihilfefähig. [2]Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach den §§ 45b und 141 Abs. 2 SGB XI. [3]Voraussetzung 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) [1]Aufwendungen 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. [2]Die 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) [1]Beihilfeberechtigte 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. [2]Die 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. [3]Darüber hinaus können Leistungen nach diesem Abschnitt erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. [4]Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

§ 40 Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

[1]Die 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. [2]Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. [3]Satz 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 [4]In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. [5]Die 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) [1]Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 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. [2]Maßnahmen nach Satz 1 umfassen folgende Leistungen:

1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung,
   a) 1 005,45 € 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) 469,21 €, sofern keine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum mehr erfolgt, oder

bb) 603,27 €, sofern noch eine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum erfolgt,

c) 134,06 € einmalig für ein Entscheidungscoaching für BRCA1/2-Mutationträgerinnen durch spezialisiert Pflegende,

2. Genetische Untersuchung,

a) 3 485,56 € 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) 268,12 € 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) 2 547,14 € bei einer erneuten Genpanel- Untersuchung zur Komplettierung der Indextestung oder

bb) 938,42 € für eine bioinformatorische Auswertung bei Vorliegen von Daten aus einer Komplementärdiagnostik,

3. Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen,

a) 670,30 € jährlich für intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen oder

b) einmalig 603,27 €, sofern wegen des Wegfalls des erhöhten Risikos bei Nichterkrankten die intensivierte Früherkennung beendet wird und im entsprechenden Kalenderjahr noch keine Pauschale nach Buchst. a erstattet wurde.

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

(3) [1]Aufwendungen 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. [2]Maßnahmen nach Satz 1 umfassen die

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,

a) einmalig 603,27 € 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) 335,15 € für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom bekannt ist,

2. Tumorgewebsdiagnostik,
503,75 € 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) 3 485,56 € 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) 268,12 € für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation,

4. Früherkennungsmaßnahmen,
603,27 € 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) [1]Aufwendungen für Schutzimpfungen sind auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut beihilfefähig. [2]Nicht 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) [1]Aufwendungen 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.

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

(2) [1]Die 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)	– somatische Ursachen (z.B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastenose, 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)	– 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)	– 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.)

Verfahren	Indikationen	max. Anzahl der Versuche
4. Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)	– 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,	zwei
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.)

[2]Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern erfolgt nach der Person, anlässlich deren Beratung und Behandlung die Kosten entstehen. [3]Danach 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) [1]Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer Krankheit notwendig ist. [2]In 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) [1]Aufwendungen 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. [2]Beihilfefähig 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.

[3]Dem 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) Erkranken 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) [1]Außerhalb 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). [2]Soweit 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. [3]Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. [4]Abweichend von Satz 1 sind Aufwendungen, die anlässlich eines vorübergehenden privaten Aufenthalts außerhalb Europas entstanden sind, nicht beihilfefähig. [5]Die Beschränkungen der Sätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Aufwendungen, die anlässlich von Notfallbehandlungen in Krankenhäusern entstehen. [6]Bei stationären Maßnahmen nach § 29 Abs. 1, die in Gebieten außerhalb der Europäischen Union durchgeführt werden, gilt Abs. 3 Nr. 3 entsprechend.

(2) [1]Aufwendungen 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) [1]Aus 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 Heilkurorteverzeichnis 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.

[2]Die 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. [3]Abs. 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) [1]Die Beihilfe bemisst sich nach den in Art. 96 Abs. 3 Satz 2 BayBG genannten personenbezogenen Vomhundertsätzen (Bemessungssätze). [2]Der 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) [1]Der 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. [2]Eine 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. [3]Abweichende Bestimmungen nach Satz 2 sollen nur in Ausnahmefällen geändert werden. [4]§ 5 Abs. 6 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) [1]Bei 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). [2]Beihilfefähige 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) [1]Die 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.

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

§ 47 Begrenzung der Beihilfen

(1) [1]Bei 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. [2]Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen – soweit diese nicht der Befreiung

von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen – bleiben unberücksichtigt. [3]Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 8 bis 45 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird.

(2) [1]Die in Abs. 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. [2]Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. [3]In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. [4]Der 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) [1]Vor 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. [2]Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht.

(4) [1]Die 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. [2]Abweichend 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. [3]Die 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. [4]Die 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. [5]Auf der Basis des gegebenenfalls nach den Sätzen 3 und 4 geminderten fiktiven Jahresbetrags wird die individuelle Höchstgrenze von 2 % oder 1 % errechnet. [6]Ab 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) [1]Wurden 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. [2]Bei 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) [1]Beihilfen müssen vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden. [2]Zulässig ist die Verwendung von EDV-Ausdrucken der Beihilfefestsetzungsstellen zur Abfrage der erforderlichen Daten. [3]Alternativ 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. [4]Die vom Dienstherren 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. [5]Abweichend 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 Krebsregister

oder

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

(4) [1]Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden. [2]Bei 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. [3]Sollen 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) [1]Eine Beihilfe wird nur bei einer Antragsstellung innerhalb der in Art. 96 Abs. 3a BayBG bestimmten Frist gewährt. [2]Für 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. [3]Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

(7) [1]Zur 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. [2]Die Zuerkennung der Eignung setzt voraus, dass die mit der Bewertung betrauten Personen nach dem Verpflichtungsgesetz zur Wahrung der Daten verpflichtet werden.

(8) [1]Die nach Art. 96 Abs. 4 BayBG zuständigen Dienststellen überprüfen bei entsprechenden Anhaltspunkten die Möglichkeit der Feststellung und Geltendmachung etwaiger Regressansprüche. [2]Zur 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. [3]Nähere Vorgaben zur Umsetzung können vom Staatsministerium und dem Staatsministerium der Justiz gemeinsam festgelegt werden. [4]Die 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. [5]Dies 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) [1]Die 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. [2]Die 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. [2]Soweit 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. [3]Bei 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 *Anmerkung: Die Leistung nach Ziffer 2b ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.*	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin / des Heilpraktikers	3,00 €

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung *Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 4 ist nur als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach Ziffer 1 oder 17.1 beihilfefähig.*	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung *Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.*	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 *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.*	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. *Anmerkung: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.*	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) — Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00 €
	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben) — Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00 €
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	8,00 €

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung		beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2		Sp. 3
12	**Chemisch-physikalische Untersuchungen**		
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich *Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.*		3,00 €
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 *Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.*		6,00 €
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung *Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.*		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. *Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.*		6,00 €
14	**Spezielle Untersuchungen**		
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes *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.*		8,00 €
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes *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.*		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 €

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung		beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2		Sp. 3
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen *Anmerkung: Nicht neben Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechenbar*		8,00 €
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	Nervenpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenmassage		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 *Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.*		12,50 €
26	**Blutentnahmen**		
26.1	Blutentnahme		3,00 €
26.2	Aderlass		12,00 €

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
27	**Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren**	
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband	5,00 €
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 *Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.*	10,00 €
34	**Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung**	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule *Anmerkung: Die Leistung nach Ziffer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	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 €

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
36	**Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen** *Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.*	
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** *Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.*	
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** *Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.*	
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:

– 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)

– Atlastherapie 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 Distraktion an der Wirbelsäule (z.B. SpineMED, DRX 9000, Accu-SPINA)

– Cytotoxologische Lebensmitteltests

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

– Rimkus-Methode

– 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 Verschlusserkrankungen 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

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

[3]Einige Maßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. [4]Der 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	12,40
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80
	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	67,70
	c) Physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	36,70
	d) Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	27,50
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	29,70
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	47,10
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	58,90
7	Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	13,30
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	16,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	89,00
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	33,90
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,20
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	16,00
11	Manuelle Therapie,	35,60

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	Richtwert: 15 bis 25 Minuten	
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,50
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,70
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,50
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	32,90
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,00
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	16,30
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	55,90
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	21,70
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	26,00
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	36,00
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	54,00
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	72,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	23,00
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	33,80
	Teil 4 Palliativversorgung	
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
	Teil 5 Packungen, Hydrotherapie, Bäder	

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
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)	16,20
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (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 Peloide (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 Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
26	Heublumensack, Peloidkompresse	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 Hauffe) 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	55,40
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	

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,80
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	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	14,70
	Teil 7 Elektrotherapie	
42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,50
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	18,70
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	120,90
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	60,50
49	Bericht an die verordnende Person	6,80
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	120,90
51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	57,10

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	b) Richtwert: 45 Minuten	76,10
	c) Richtwert: 60 Minuten	95,10
52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	68,50
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	119,90
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	60,00
	Teil 9 Ergotherapie	
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	47,70
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	57,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	76,00
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	94,90
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	151,90
	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	45,60
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	60,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	76,00
57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	20,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	26,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	46,50
58	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	57,00

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
59	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten	152,40
60	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	45,60
61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	26,60
	Teil 10 Podologie	
62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	35,20
63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	50,60
64	Podologische Befundung, je Behandlung	3,50
65	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,90
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	56,00
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer Richtwert: 20 Minuten	22,50
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,90
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	99,10
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	54,30
69	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	49,70
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	97,70
71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	53,90
72	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	17,30
73	Behandlungsabschluss ggf. unter Einschluss der Entfernung der Nagelkorrekturspange	26,00
73.1	Nagelspangenbehandlung, zweimal je Behandlungstag Aufwendungen für Leistungen der Nrn. 67 bis 71 sind daneben nicht beihilfefähig.	55,90
73.2	Aufschlag für besonderen Aufwand bei der Behandlung von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres oder von Personen mit Unguis incarnatus in den Stadien 2 bis 3 (Diagnosegruppe UI2), zweimal je Behandlungstag Aufwendungen für Leistungen der Nrn. 67 bis 71 sind daneben nicht beihilfefähig.	16,90
	Teil 11 Ernährungstherapie	
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 30 Minuten	39,90
75	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 60 Minuten	79,70
76	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	65,20

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
77	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	65,20
78	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	39,90
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	79,70
80	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	79,70
81	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,90
82	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	55,80
	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.	27,60
84	Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	23,10
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.	27,60
86	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40
87	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	98,60

Anlage 4 (zu § 21 Abs. 1)

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

1. Absauggeräte

1.1 Ballspritze

1.2 Gerät zum Entfernen von Körperflüssigkeiten oder Fremdstoffen mittels Erzeugung von Unterdruck, einschließlich Zubehör

1.3 Katheder, auch Ballonkatheder, und Zubehör

1.4 Milchpumpe

2. Adaptionshilfen

2.1 Anzieh- und Ausziehhilfe

2.2 Helfende Hand, Scherenzange

2.3 Hilfsmittel zur Unterstützung von Verrichtungen im Alltag zur Bewahrung der Selbstständigkeit

2.4 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

2.5 Lesehilfe (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)

2.6 Mundstab/-greifstab

3. Apparate zur elektronischen Nerven- oder Muskelstimulation

3.1 Defibrillatorweste

3.2 Elektrostimulationsgerät

3.3 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peronaeus-Prothese)

3.4 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose oder verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)

3.5 Schwellstromapparat

4. Applikationshilfen

4.1 Ernährungssonde

4.2 Glasstäbchen

4.3 GnRH-Pumpe im Rahmen der Kinderwunschbehandlung

4.4 Infusionsbesteck oder -gerät und Zubehör

4.5 Kanülen und Zubehör

4.6 Klyso

4.7 Spritze

5. Bade- und Duschhilfen

5.1 Auftriebshilfe (bei bestehender Schwerbehinderung)

5.2 Badestrumpf/Duschstrumpf

5.3 Badewannensitz (bei bestehender Schwerbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr oder Polyarthritis)

5.4 Badewannenverkürzer

5.5 Duschsitz oder -stuhl

6. Bandagen

6.1 Armtragegurt oder -tuch

6.2 Beugebandage

6.3 Bruchband

6.4 Clavicula-Bandage

6.5 Ellenbogenbandage

6.6 Epicondylitisbandage oder -spange mit Pelotten

6.7 Gilchrist-Bandage

6.8 Handgelenk-Bandage

6.9 Handgelenkriemen

6.10 Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage

6.11 Knöchel- und Gelenkstütze

6.12 Kreuzstützbandage

6.13 Leibbinde, jedoch keine Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinde

6.14 Lumbalbandage

6.15 Mangoldsche Schnürbandage

6.16 Narbenbandage

6.17 Spreizfußbandage

6.18 Sprunggelenkbandage

6.19 Sprunggelenkmanschette

7. Blindenhilfsmittel

7.1 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschallleitgerät)

7.2 Blindenführhund

7.3 Blindenstock, -langstock oder -taststock

7.4 Farberkennungsgerät

7.5 Irisschale mit geschwärzter Pupille bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut eines blinden Auges

7.6 Schutzbrille für Blinde

8. Gehhilfen

8.1 Delta-Gehrad

8.2 Gehhilfe und Gehübungsgerät

8.3 Krankenstock

8.4 Krücke

8.5 Rollator

8.6 Wasserfeste Gehhilfe

9. Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie

9.1 Aquamat (Spezialkanüle für Kehlkopflose)

9.2 Billroth-Batist-Lätzchen

9.3 Phonator

9.4 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät

10. Hilfsmittel für die Anwendung am Auge

10.1 Augenbadewanne, -dusche, -spülglas, -flasche, -pinsel, -pipette oder -stäbchen

10.2 Augenklappe/-abdeckpflaster

11. Hilfsmittel zum Glukosemanagement

11.1 Blutzuckermessgerät

11.2 Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung (Continuous Glucose Monitoring – CGM, Flash Glucose Monitoring – FGM) einschließlich Sensoren bei Personen mit Diabetes mellitus sowie bei anderen Erkrankungen mit implizierten häufigen Hypoglykämien/Hypoglykämiewahrnehmungsstörung; daneben sind Aufwendungen für übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Bluttestreifen beihilfefähig

11.3 Hochtontherapiegerät (nur bei Diabetes mellitus)

11.4 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)

11.5 Lanzette zur Insulintherapie

12. Hilfsmittel zum Hautschutz

12.1 Manschette als Kratzschutz bei Hautekzem

12.2 Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (zwei pro Jahr und

bis zu 80 € je Overall)

13. Hilfsmittel zur Behandlung von Hüftdysplasie bei Kindern

13.1 Pavlik-Bandage

13.2 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

14. Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

14.1 Krampfaderbinde

14.2 Textiles Kompressionshilfsmittel (z.B. Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose)

14.3 Wechseldruckgerät

15. Hörhilfen

15.1 Cochlea-Implantate einschließlich Zubehör

15.2 Gehörschutz

15.3 Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte] sowie In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte] einschließlich Otoplastik, Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen), alle fünf Jahre einschließlich der Nebenkosten, es sei denn, aus medizinischen oder technischen Gründen ist eine vorzeitige Verordnung zwingend erforderlich; Aufwendungen sind für Personen ab 15 Jahren auf 1 500 € je Ohr begrenzt, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch indizierte notwendige Fernbedienung; der Höchstbetrag kann überschritten werden, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende Versorgung bei beidseitiger an Gehörlosigkeit grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten

15.4 Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

15.5 Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

15.6 Tinnitusgerät

15.7 Übertragungsanlage (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)

15.8 Vibrationstrainer bei Gehörlosigkeit

16. Inhalations- und Atemtherapiegeräte

16.1 Atemtherapiegerät

16.2 Impulsvibrator

16.3 Inhalationsgerät, einschließlich Sauerstoff und Zubehör, jedoch keine Luftbefeuchter, -filter, -wäscher

17. Inkontinenzhilfen

17.1 Bettnässer-Weckgerät

17.2 Einmal-Schutzhose bei Querschnittsgelähmten

17.3 Gummihose sowie saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen) bei Blasen- oder Darminkontinenz

17.4 Penisklemme

17.5 Sphinkter-Stimulator

17.6 Urinal

18. Kranken-/Behindertenfahrzeuge

18.1 Elektromobil bis 2 500 €, ausgenommen Zulassung und Versicherung

18.2 Krankenfahrstuhl (auch elektrisch) und Zubehör

19. Krankenpflegeartikel

19.1 Fingerling

19.2 Fixiersystem (zum Beispiel für Krankenbett und Rollstuhl)

19.3 Krankenpflegebett

19.4 Kieferspreizgerät/Kiefermuskeltrainer

19.5 Mundsperrer

20. Lagerungshilfen sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus

20.1 Abduktionskissen/-keil

20.2 Dekubitus-Schutzmittel (z.B. Auf- oder Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf- oder Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)

20.3 Gipsbett, Liegeschale

21. Messgeräte für Körperzustände/-funktionen

21.1 Alarmgerät für Personen mit Epilepsie

21.2 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichen Herzklappenersatz)

21.3 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät oder -monitor

21.4 Koagulationsmessgerät

21.5 Peak-Flow-Meter

22. Mobilitätshilfen

22.1 Auffahrrampe für einen Krankenfahrstuhl

22.2 Aufrichteschlaufe

22.3 Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 € beihilfefähig)

22.4 Aufstehgestelle

22.5 Behinderten-Dreirad

22.6 Drehscheibe, Umsetzhilfe

22.7 Hebekissen

22.8 Katapultsitz

22.9 Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber oder Badewannenlifter)

22.10 Rollbrett

22.11 Rutschbrett

23. Orthesen/Schienen

23.1 Fingerschiene

23.2 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze

23.3 Klumpfußschiene

23.4 Klumphandschiene

23.5 Orthese, Orthoprothese, Korrekturschiene, Korsett und Ähnliches, auch Haltemanschette und Ähnliches

23.6 Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel

23.7 Quengelschiene

23.8 Suspensorium

23.9 Symphysengürtel

24. Prothesen

24.1 Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation

24.2 Körperersatzstücke einschließlich Zubehör, abzüglich eines Eigenanteils von 15 € für Brustprothesenhalter und 40 € für Badeanzüge, Bodys oder Korseletts für Brustprothesenträgerinnen

24.3 Stubbies

24.4 Stumpfstrumpf

25. Schuhe und Einlagen

25.1 Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse

25.2 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

25.3 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)

25.4 Gehgipsgalosche

25.5 Innenschuh, orthopädischer

25.6 Korrektursicherungsschuh

25.7 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, abzüglich eines Eigenanteils von 64 €:

25.7.1 Badeschuhe (Erstausstattung ein Paar, Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach vier Jahren)

25.7.2 Hausschuhe (Erstausstattung zwei Paar, Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach zwei Jahren),

25.7.3 Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigenanteil von 64 €)

25.7.4 Sportschuhe (Erstausstattung ein Paar, Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach zwei Jahren)

25.7.5 Straßenschuhe (Erstausstattung zwei Paar, Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach zwei Jahren)

25.8 Orthesenschuhe, abzüglich eines Eigenanteils von 64 €

25.9 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (höchstens sechs Paar Schuhe pro Jahr)

25.10 Spezialschuhe für Personen mit Diabetes mellitus, abzüglich eines Eigenanteils von 64 €

25.11 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehnenschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)

25.12 Verbandsschuhe (Einzelschuhversorgung)

26. Sitz- und Stehhilfen

26.1 Arthrodesensitzkissen oder -sitzkoffer

26.2 Schrägliegebrett

26.3 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

26.4 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

26.5 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter

26.6 Therapiestuhl

27. Sprechhilfen

27.1 Lispelsonde

27.2 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

28. Stomaartikel

28.1 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

28.2 Urostomiebeutel

28.3 Vorfallbandage bei Mastdarm- oder Scheidenvorfall

29. Therapeutische Hilfsmittel zur Mobilisation

29.1 Bewegungsschiene

29.2 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

29.3 Krabbler für Personen mit Spastik

29.4 Spastikerhilfe (Gymnastik-/Übungsgeräte)

29.5 Stehübungsgerät

29.6 Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung)

30. Toilettenhilfen

30.1 Hilfsmittel zur Toilettenverrichtung bei Schwerbehinderung oder Personen mit Hüfttotalendoprothese

30.2 Klosett-Matratze für den häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz

31. Sonstige Hilfsmittel

31.1 Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (zum Beispiel Universalhalter bei Schwerbehinderung zur Erleichterung der Körperpflege und Nahrungsaufnahme)

31.2 Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie

31.3 Communicator bei Sprech- oder Sprachstörungen

31.4 Computerspezialausstattung bei Behinderung; Spezialhardware und Spezialsoftware bis zu 3 500 €, gegebenenfalls zuzüglich bis zu 5 400 € für eine Braillezeile mit 40 Modulen

31.5 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese)

31.6 Heimdialysegerät

31.7 Psoriasiskamm

31.8 Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist ausgeschlossen)

31.9 Schutzhelm bei Behinderung, Kopfschützer

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, Knappschaftskrankenhaus

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 Tumorbiologie

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

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 Dienstort 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 Dienstort 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 Arbeitnehmern, 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.