

Verordnung des Finanzministeriums über die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfeverordnung – BVO)

Vom TT. Monat JJJJ

Es wird verordnet auf Grund von

1. § 78 Absatz 2 des Landesbeamtengesetzes (LBG) vom 9. November 2010 (GBl. S. 793, 794), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Dezember 2024 (GBl. 2024 Nr. 114, S. 14) geändert worden ist, im Einvernehmen mit dem Innenministerium, und

2. § 8 des Landesrichter- und -staatsanwaltsgesetzes in der Fassung vom 22. Mai 2000 (GBl. S. 504), das zuletzt durch Gesetz vom 25. Juli 2023 (GBl. S. 269) geändert worden ist, und § 78 Absatz 2 LBG:

INHALTSÜBERSICHT

Abschnitt 1: Allgemeine Vorschriften

§ 1 Sachlicher Anwendungsbereich

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

§ 3 Berücksichtigungsfähige Personen

§ 4 Konkurrenzen

§ 5 Beihilfefähige Aufwendungen

§ 6 Beihilfeanspruch

§ 7 Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

§ 8 Sonderbestimmungen für Pflichtmitglieder von Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch

§ 9 Sonderbestimmungen für freiwillige Mitglieder von Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch

Abschnitt 2: Aufwendungen in Krankheitsfällen

§ 10 Ärztliche Leistungen

§ 11 Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen

§ 12 Psychotherapeutische Leistungen

§ 13 Neuropsychologische Therapie

§ 14 Soziotherapie

§ 15 Heilpraktische Leistungen

§ 16 Heilbehandlungen

§ 17 Häusliche Krankenpflege

§ 18 Außerklinische Intensivpflege

§ 19 Komplextherapie, sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen und Leistungen sozialpädiatrischer Zentren sowie integrierte Versorgung

§ 20 Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen

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

§ 22 Brillen und Kontaktlinsen

§ 23 Familien- und Haushaltshilfe

§ 24 Fahrtkosten

§ 25 Auswärtige Unterkunft

§ 26 Kommunikationshilfen für Personen mit Hör- oder Sprachbehinderungen

Abschnitt 3: Stationäre Leistungen

§ 27 Leistungen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern

§ 28 Leistungen in nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern

§ 29 Wahlleistungen

§ 30 Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

§ 31 Palliativversorgung

Abschnitt 4: Beihilfefähige Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen und Kuren

§ 32 Stationäre Anschlussheilbehandlungen

§ 33 Stationäre Suchtbehandlungen und ambulante Nachsorge

§ 34 Stationäre Rehabilitationsbehandlungen

§ 35 Ambulante Anschlussheilbehandlungen und ambulante Rehabilitationsbehandlungen

§ 36 Kuren

§ 37 Rehabilitationssport

Abschnitt 5: Beihilfefähige Aufwendungen in Pflegefällen

§ 38 Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Voraussetzungen für Pflegeleistungen

§ 39 Pflegeberatung und Beratungsbesuch

§ 40 Häusliche Pflege, Kombinationspflege, ambulante Wohngruppen

§ 41 Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege

§ 42 Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

§ 43 Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

§ 44 Vollstationäre Pflege

§ 45 Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch

§ 46 Individuelle Wohnumfeldverbesserung

§ 47 Pflegehilfsmittel

§ 48 Pflegeunterstützungsgeld

§ 49 Digitale Pflegeanwendungen

Abschnitt 6: Aufwendungen in sonstigen Fällen

§ 50 Schwangerschaft und Geburt

§ 51 Schwangerschaftsabbruch

§ 52 Künstliche Befruchtung

§ 53 Ärztliche Früherkennung und Vorsorge sowie Schutzimpfungen

§ 54 Erste Hilfe und Entseuchung

§ 55 Organspende und andere Spenden

§ 56 Todesfall

§ 57 Aufwendungen im Ausland

§ 58 Aufwendungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland oder in der Schweiz

§ 59 Aufwendungen außerhalb der Europäischen Union, eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz

Abschnitt 7: Berechnung und Umfang der Beihilfe

§ 60 Berechnung der Beihilfe

§ 61 Bemessungssatz

§ 62 Anrechnung von Leistungen Dritter

§ 63 Härtefall

§ 64 Verfahren

§ 65 Datenschutz

§ 66 Übergangsvorschriften

§ 67 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Anlage 1 Heilpraktische Leistungen

Anlage 2 Beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie digitale Gesundheitsanwendungen

Abschnitt 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Sachlicher Anwendungsbereich

Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge.

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamtinnen und Beamte,
2. Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamte sowie frühere Beamtinnen und Beamte und
3. Witwen, Witwer, hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie die in § 37 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes Baden-Württemberg (LBeamtVGBW) genannten Kinder der in den Nummern 1 und 2 bezeichneten Personen,

wenn sie aufgrund eines gesetzlichen Anspruchs Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Unterhaltsbeihilfe, Entpflichtetenbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgeld, Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen sowie einen Unterhaltsbeitrag erhalten.

(2) Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge nur wegen der Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden oder gnadenweise bewilligte Bezüge die Beihilfeberechtigung ausdrücklich mit umfassen. Ein Urlaub unter Wegfall der Bezüge von längstens 31 Kalendertagen lässt den Anspruch auf Beihilfe unberührt. Die in Absatz 1 Nummer 3 bezeichneten Personen haben für die beihilfefähigen Aufwendungen, die nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person bis zum Ende des Sterbemonats der beihilfeberechtigten Person bei ihnen und den weiteren bisher bei der verstorbenen Person berücksichtigungsfähigen Personen entstanden sind, eine Beihilfeberechtigung.

(3) Abweichend von Absatz 1 sind Anwärterinnen und Anwärter beihilfeberechtigt, solange ihnen nach § 80 des Landesbesoldungsgesetzes Baden-Württemberg (LBesGBW) Bezüge gezahlt werden.

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht:

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,

2. Beamtinnen und Beamte, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst nach § 41 Absatz 5 LBesGBW beschäftigt gewesen oder Beamtinnen oder Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sind; wird das Dienstverhältnis auf insgesamt ein Jahr verlängert, so erwerben Beamtinnen und Beamte die Beihilfeberechtigung ab dem Zeitpunkt der Verlängerung,
3. Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, wenn ihnen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes (EuAbgG), nach § 27 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) oder nach entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen und
4. Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamte sowie frühere Beamtinnen und Beamte, wenn sie am Tag der Beendigung der aktiven Dienstzeit nach den Nummern 1 oder 2 in der an diesem Tag maßgeblichen Fassung dieser Verordnung nicht beihilfeberechtigt waren, sowie deren Hinterbliebene oder hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Personen

(1) Berücksichtigungsfähige Personen sind

1. die Ehegattinnen und Ehegatten oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz der beihilfeberechtigten Person und
2. die im Familienzuschlag nach dem Landesbesoldungsgesetz Baden-Württemberg berücksichtigungsfähigen Kinder der beihilfeberechtigten Person.

Im Hinblick auf die Geburt eines nichtehelichen Kindes der beihilfeberechtigten Person gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Person nach Satz 1 Nummer 1. Die Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie Kinder beihilfeberechtigter Waisen sind keine berücksichtigungsfähigen Personen.

(2) Die Berücksichtigung von Ehegattinnen und Ehegatten oder von Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

endet mit dem Ablauf des Kalendermonats, in dem diese Personen im Familienzuschlag nicht mehr berücksichtigungsfähig sind. Die Berücksichtigung von Kindern endet mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Kinder im Familienzuschlag nicht mehr berücksichtigungsfähig sind, bei Wegfall am 31. Dezember eines Jahres mit Ablauf des folgenden Kalenderjahres. Darüber hinaus bleiben Kinder, für die der Kinderanteil im Familienzuschlag rückwirkend wegfällt, bis zum Ablauf des Kalendermonats berücksichtigungsfähig, für den zuletzt der Kinderanteil gezahlt wurde, ohne dass die beihilfeberechtigte Person den Wegfallgrund kannte oder hätte kennen müssen.

§ 4 Konkurrenzen

(1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung:

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger,
 2. aus einem neuen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem älteren Dienstverhältnis,
 3. aufgrund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung aufgrund eines älteren Versorgungsbezugs,
 4. bei gleichzeitigem Beginn von zwei Versorgungsbezügen die Beihilfeberechtigung aus dem jüngeren Dienstverhältnis die aus dem älteren Dienstverhältnis und
 5. aufgrund eines Versorgungsbezugs aus einem eigenen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Bezugs von Witwengeld oder Witwergeld
- aus.

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

(3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigung als berücksichtigungsfähige Person aus. Die Beihilfeberechtigung

nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigung als berücksichtigungsfähige Person vor.

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Krankenfürsorgeleistungen nach § 11 EuAbgG, nach dem Statut der Beamten der Europäischen Union, nach § 27 AbgG oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 80 des Bundesbeamtengesetzes gegen das Bundeseisenbahnvermögen oder nach entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfe aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Beihilfevorschriften des Landes im wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. Keine im wesentlichen vergleichbare Regelung ist der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmern arbeitszeitanteilig zu kürzende Beihilfeanspruch.

(6) Ist eine Person bei mehreren beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieser Person jeweils nur einer der beihilfeberechtigten Personen gewährt, welche von ihnen zu bestimmen ist. Die Bestimmung darf nur aus einem triftigen Grund geändert werden. Bestimmungen und Änderungen sind jeweils der anderen Beihilfestelle mitzuteilen.

(7) Die Beihilfe für ein Kind, das bei mehreren nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig ist, wird nur der beihilfeberechtigten Person gewährt, die das Kindergeld erhält. Absatz 6 gilt nicht.

§ 5

Beihilfefähige Aufwendungen

(1) Nach den folgenden Vorschriften sind Aufwendungen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Beihilfestelle. Die beihilfefähigen Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(2) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen sowie die hierbei verordneten Arznei- und Verbandmittel sowie Medizinprodukte setzt

grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode angewendet werden. Als nicht notwendig gelten in der Regel die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die in der Anlage 1 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) mit den dort genannten Maßgaben ausgeschlossen werden. Liegt eine schwerwiegende lebensbedrohliche Erkrankung vor, sind Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ausnahmsweise beihilfefähig, wenn

1. für die Behandlung dieser Erkrankung:

- a. eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode sich noch nicht herausgebildet hat,
- b. wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden aus medizinischen Gründen nicht angewendet werden dürfen oder
- c. bereits wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden ohne Erfolg eingesetzt wurden, und

2. es ernsthafte Hinweise darauf gibt, dass die von der Ärztin oder von dem Arzt nach gewissenhafter fachlicher Einschätzung vorgenommene oder beabsichtigte Untersuchung oder Behandlung einen nicht ganz entfernt liegenden Erfolg der Heilung verspricht oder es auch nur spürbare Hinweise auf einen positiven Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall gibt.

Die vorgenannten Ausnahmen sind mit einem medizinischen Gutachten nachzuweisen.

(3) Die Angemessenheit der Aufwendungen bemisst sich nach den Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder über Preise und Gebühren. Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind der Höhe nach angemessen, wenn sie nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) berechnet werden. Eine über den Schwellenwert hinausgehende Gebühr ist nur angemessen, wenn sie gebührenrechtlich zulässig und begründet ist sowie nach der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte ohne abweichende Vereinbarung berechnet werden darf.

(4) Angemessen sind auch Aufwendungen für Leistungen, die aufgrund von Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) oder aufgrund von Verträgen von Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder anderer Kostenträger mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden.

(5) Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und der Dienstfähigkeit der beihilfeberechtigten Person sind beihilfefähig. Dies gilt nicht für Bescheinigungen, die weder von dem Dienstherrn noch von der Beihilfestelle gefordert werden.

(6) Aufwendungen für Akupunktur einschließlich der zugehörigen Materialien und Verbandmittel sind nur medizinisch notwendig, wenn chronische Schmerzen behandelt werden oder ein medizinisches Gutachten diese Leistung aus besonderen Gründen befürwortet.

(7) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen, für sozialpädiatrische, sozialpädagogische, heilpädagogische, psychosoziale, berufsfördernde, berufsvorbereitende und berufsbildende Maßnahmen sowie für den Besuch von Werkstätten für Menschen mit Behinderungen in allen Bereichen.

(8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung der Verordnung erbracht werden.

(9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge von medizinisch nicht notwendigen Maßnahmen entstehen, insbesondere nach ästhetischer Operation, Tätowierung und Piercing.

§ 6

Beihilfeanspruch

(1) Beihilfeberechtigten Personen steht ein Anspruch auf Beihilfe für beihilfefähige Aufwendungen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen sowie zur Gesundheitsvorsorge zu. Dieser Anspruch umfasst auch die beihilfefähigen Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Personen. Der Beihilfeanspruch entsteht in dem Zeitpunkt, in dem die beihilfefähigen Aufwendungen nach § 5 Absatz 1 Satz 3 entstehen. Die Geltendmachung des Beihilfeanspruchs setzt voraus, dass zum

Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die Beihilfeberechtigung nach § 2 und im Falle des Satzes 2 die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 3 besteht.

(2) Der Beihilfeanspruch ist vererblich und kann grundsätzlich weder abgetreten noch verpfändet oder gepfändet werden. Dies gilt nicht bei Pfändungen wegen einer Forderung aufgrund einer beihilfefähigen Leistung der Forderungsgläubigerin oder des Forderungsgläubigers, wenn die Beihilfe noch nicht ausgezahlt ist.

§ 7

Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

(1) Besteht eine Heilfürsorgeberechtigung nach § 79 LBG in Verbindung mit der Heilfürsorgeverordnung oder entsprechenden anderen landesrechtlichen Vorschriften, tritt der Beihilfeanspruch auf Erstattung von Aufwendungen nach den Abschnitten 2 bis 4 und 6 dieser Verordnung in voller Höhe zurück. Dies gilt nicht für die Aufwendungen nach § 50 Absatz 2 und § 56.

(2) Ist eine Beihilfeberechtigung nach § 4 Absatz 2, Absatz 3 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 vorrangig, tritt der Beihilfeanspruch in voller Höhe zurück, soweit Aufwendungen bereits aufgrund der vorrangigen Beihilfeberechtigung beihilfefähig sind.

(3) Besteht ein Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen nach § 26 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII), tritt der Beihilfeanspruch in voller Höhe zurück. Dies gilt auch, wenn Aufwendungen darauf beruhen, dass Unfallversicherungsleistungen nach § 26 SGB VII nicht bei den Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern beansprucht werden, die nach § 34 Absätze 1 bis 3 SGB VII an der Durchführung der besonderen unfallmedizinischen Behandlung beteiligt sind. Dies gilt nicht für Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Kinder einer beihilfeberechtigten Person.

(4) Besteht ein Anspruch auf Sozialleistungen, Krankenfürsorge oder Kostenersatz nach Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, tritt der Beihilfeanspruch in Höhe der tatsächlich gewährten Geldleistungen zurück. Die im Einzelfall tatsächlich gewährten Geldleistungen sind in voller Höhe von den tatsächlich beihilfefähigen Aufwendungen nach § 60 abzuziehen. Werden die in Satz 1 genannten Ansprüche nicht geltend gemacht, tritt der Beihilfeanspruch in voller Höhe zurück. Satz 3 gilt nicht für Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Kinder einer beihilfeberechtigten Person sowie für Ansprüche auf Leistungen nach den

Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB XIV) und hierauf bezugnehmende Vorschriften.

(5) Beruhen Aufwendungen auf einem Schadenereignis, aufgrund dessen die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person Schadenersatz von einem Dritten erlangen kann, tritt der Beihilfeanspruch in der Höhe dieses Schadenersatzanspruchs zurück. Satz 1 gilt auch für übertragene, verjährte, erloschene oder im Vergleichsweg abgefundene Ansprüche. Aufwendungen sind jedoch beihilfefähig, wenn sie auf einem Ereignis beruhen, das nach § 81 LBG zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn oder auf eine Versorgungskasse führt.

§ 8

Sonderbestimmungen für Pflichtmitglieder von Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch

(1) Wenn eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach § 5 SGB V pflichtversichert oder nach § 10 SGB V in der Familienversicherung einer pflichtversicherten Person mitversichert ist, entstehen keine beihilfefähigen Aufwendungen durch die von den Krankenkassen erbrachten Dienst- und Sachleistungen.

(2) Folgende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig:

1. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass die Dienst- und Sachleistungen der Krankenkassen bei der jeweiligen Leistungserbringerin oder dem jeweiligen Leistungserbringer nicht in Anspruch genommen wurden,
2. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass anstelle der Dienst- und Sachleistung der Krankenkassen eine Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2, § 53 Absatz 4 und § 64 Absatz 4 SGB V gewährt wurde,
3. Aufwendungen für Abschläge für Verwaltungskosten und für eine fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 13 Absatz 2 SGB V oder entsprechenden Vorschriften, die nicht erstattet wurden und
4. gesetzlich vorgesehene Kostenanteile nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, insbesondere Zuzahlungen.

Wird in den Fällen des Satzes 1 Nummer 3 die Höhe des Abschlags nicht nachgewiesen, gelten 5 Prozent der Kostenerstattung als Abschlag.

(3) Aufwendungen einer Person nach Absatz 1, die dadurch entstehen, dass die Krankenkassen nur einen Zuschuss nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch gewähren, sind im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig. Der im Einzelfall gewährte Zuschuss ist hierbei von den tatsächlich beihilfefähigen Aufwendungen nach § 60 abzuziehen. Im Falle einer Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen gilt als gewährter Zuschuss der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse nach § 55 Absatz 1 SGB V.

(4) Die Einschränkungen nach Absatz 2 Nummern 1 und 2 gelten nicht für berücksichtigungsfähige Kinder der beihilfeberechtigten Person, wenn diese von der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden.

(5) Sind beihilfeberechtigte Personen nach § 5 SGB V Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung oder sind berücksichtigungsfähige Personen bei der beihilfeberechtigten Person nach § 10 SGB V in der Familienversicherung mitversichert, besteht der Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen nach den §§ 39, 40 Absatz 1 Satz 1 und Absätze 2 bis 4, §§ 41 bis 44 Absätze 1 und 2 sowie §§ 45 bis 49 neben dem Anspruch auf Leistungen der Pflegepflichtversicherung nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuches (SGB XI).

§ 9

Sonderbestimmungen für freiwillige Mitglieder von Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch

(1) Wenn eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach § 9 SGB V freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung oder nach § 10 SGB V in der Familienversicherung einer freiwillig versicherten Person mitversichert ist, entstehen keine beihilfefähigen Aufwendungen durch die von den Krankenkassen erbrachten Dienst- und Sachleistungen.

(2) Folgende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig:

1. gesetzlich vorgesehene Kostenanteile nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, insbesondere Zuzahlungen und

2. Aufwendungen für Abschläge für Verwaltungskosten und fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 13 Absatz 2 SGB V oder entsprechenden Vorschriften, die nicht erstattet wurden.

Wird in den Fällen des Satzes 1 Nummer 2 die Höhe des Abschlags nicht nachgewiesen, gelten 5 Prozent der Kostenerstattung als Abschlag.

(3) Aufwendungen einer Person nach Absatz 1, die dadurch entstehen, dass die Krankenkassen nur einen Zuschuss nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch gewähren, sind im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig. Der im Einzelfall gewährte Zuschuss ist hierbei von den tatsächlich beihilfefähigen Aufwendungen nach § 60 abzuziehen. Im Falle einer Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen gilt als Zuschuss der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse nach § 55 Absatz 1 SGB V.

(4) Im Rahmen der Kostenerstattung tatsächlich gewährte Geldleistungen sind in voller Höhe von den tatsächlich beihilfefähigen Aufwendungen nach § 60 abzuziehen.

(5) Sind beihilfeberechtigte Personen nach § 9 SGB V freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung oder sind berücksichtigungsfähige Personen bei der beihilfeberechtigten Person nach § 10 SGB V in der Familienversicherung mitversichert, besteht der Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen nach den §§ 39, 40 Absatz 1 Satz 1 und Absätze 2 bis 4, §§ 41 bis 44 Absätze 1 und 2 sowie §§ 45 bis 49 neben dem Anspruch auf Leistungen der Pflegepflichtversicherung nach § 28 Absatz 2 SGB XI.

Abschnitt 2

Aufwendungen in Krankheitsfällen

§ 10

Ärztliche Leistungen

Aufwendungen für gesondert erbrachte und berechnete ärztliche Leistungen aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig.

§ 11

Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen

(1) Aufwendungen für gesondert erbrachte und berechnete zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig. Aufwendungen für prophylaktische Leistungen nach den Nummern 1000 bis 1040 und 2000 der Anlage 1 GOZ sind ebenfalls beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit und Angemessenheit anhand eines vorzulegenden Heil- und Kostenplans für den gesamten Behandlungszeitraum von der Beihilfestelle festgestellt wird und die behandelte Person bei Behandlungsbeginn noch nicht 18 Jahre alt ist. Als Zeitpunkt des Behandlungsbeginns gilt das Datum der Aufstellung des Heil- und Kostenplans. Die Altersbegrenzung gilt nicht:

1. bei Vorliegen einer schweren Kieferanomalie, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordert, oder
2. wenn die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und nicht aus ästhetischen Gründen erfolgt, keine Behandlungsalternative gegeben ist und die Zahnfehlstellung mit erheblichen Folgeproblemen verbunden ist.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen auf Verlangen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Absatz 3 GOZ erbracht werden.

(4) Die beihilfefähigen Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage 1 GOZ mindern sich um einen Selbstbehalt in Höhe von 25 Prozent.

(5) Die beihilfefähigen Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten einschließlich der verbrauchten Arznei- und Verbandmittel nach § 20 Absatz 1 mindern sich um einen Selbstbehalt in Höhe von 30 Prozent.

(6) Die Absätze 4 und 5 gelten nicht für beihilfefähige Aufwendungen, die für Personen unter 18 Jahren entstanden sind, sowie für kieferorthopädische Behandlungen, welche vor dem 18. Geburtstag begonnen wurden.

(7) Absatz 4 gilt nicht, wenn von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt in einer ärztlichen Bescheinigung begründet wird, dass eine konventionelle prothetische

Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist, weil 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-Gaumenspalten oder ektodermale Dysplasien) oder
 - f) Unfällen,
2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen oder
4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich.

§ 12

Psychotherapeutische Leistungen

Aufwendungen für gesondert erbrachte und berechnete psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen aus Anlass einer Krankheit sind nach vorheriger Anerkennung nach den §§ 18 bis 21 BBhV und der Anlage 3 BBhV beihilfefähig.

§ 13

Neuropsychologische Therapie

Aufwendungen für gesondert erbrachte und berechnete Leistungen ambulanter neuropsychologischer Therapien aus Anlass einer Krankheit sind nach § 30a BBhV beihilfefähig. Für die Abrechnung kommen in entsprechender Anwendung insbesondere die Nummern 849, 860, 870 und 871 der Anlage GOÄ in Betracht. Aufwendungen für eine Behandlungseinheit als Einzelbehandlung sind bis zur Höhe des Betrages entsprechend der Nummer 870 der Anlage GOÄ beihilfefähig.

§ 14

Soziotherapie

Aufwendungen für von Ärztinnen oder Ärzten verordnete ambulante Soziotherapien sind beihilfefähig, wenn:

1. die Person wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder
2. eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall. Die Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart hat.

§ 15

Heilpraktische Leistungen

Aufwendungen für gesondert erbrachte und berechnete heilpraktische Leistungen aus Anlass einer Krankheit sind nach Anlage 1 zu dieser Verordnung beihilfefähig.

§ 16

Heilbehandlungen

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete gesondert erbrachte und berechnete Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe aus Anlass einer Krankheit sind

ausschließlich nach den Anlagen 9 und 10 BBhV beihilfefähig. Satz 1 gilt auch für zahnärztlich verordnete Heilbehandlungen, soweit diese zur Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gehören.

(2) Aufwendungen für Ergotherapie und für bei der Anwendung der Ergotherapie verbrauchte Stoffe sind nach den Anlagen 9 und 10 BBhV auch beihilfefähig, wenn die Ergotherapie durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten verordnet wird.

§ 17

Häusliche Krankenpflege

(1) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind beihilfefähig, wenn diese ärztlich verordnet wurde. Häusliche Krankenpflege besteht aus den Leistungsarten:

1. Behandlungspflege,
2. Grundpflege,
3. Grundpflege mit hauswirtschaftlicher Versorgung und
4. psychiatrische häusliche Krankenpflege.

(2) Die ärztliche Verordnung muss die Diagnose sowie Angaben zu den verordneten Leistungsarten, der Häufigkeit sowie der voraussichtlichen Dauer enthalten. Wird die häusliche Krankenpflege nicht durch eine Pflegefachkraft oder qualifizierte Pflegehilfskraft durchgeführt, muss die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt bestätigen, dass die pflegende Person geeignet ist. Leistungen für psychiatrische häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 sind nur beihilfefähig, wenn diese von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, einer Fachärztin oder einem Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder einer in § 4 Absatz 6 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses benannten Berufsgruppe verordnet wird.

(3) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind nur angemessen, wenn sie der Höhe nach einer Vergütungsvereinbarung mit einer Krankenkasse nach § 132a

Absatz 4 SGB V entsprechen. Dies kann auf der Rechnung durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer bestätigt oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen werden.

(4) Aufwendungen für Grundpflege und Grundpflege mit hauswirtschaftlicher Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nummern 2 und 3 sind nur beihilfefähig, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Die Beihilfefähigkeit besteht nur bis zu sechs Monate. Aufwendungen für Grundpflege mit hauswirtschaftlicher Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 sind nur beihilfefähig, wenn die Grundpflege die hauswirtschaftliche Versorgung überwiegt.

(5) Aufwendungen für psychiatrische häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 sind nur bis zu vier Monate und für bis zu 14 Einsätze pro Woche beihilfefähig. Eine darüberhinausgehende Verordnung bedarf einer besonderen ärztlichen Begründung.

(6) Die Aufwendungen nach Absatz 1 sind nicht beihilfefähig, wenn die pflegende Person Ehegattin, Ehegatte sowie Lebenspartnerin oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Elternteil oder Kind der pflegebedürftigen Person ist.

§ 18

Außerklinische Intensivpflege

(1) Aufwendungen für eine ärztlich verordnete außerklinische Intensivpflege nach der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind beihilfefähig, wenn:

1. ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V vorliegt,
2. die ärztliche Verordnung von einer Ärztin oder einem Arzt ausgestellt wird, die oder der für die Versorgung dieser Personen besonders qualifiziert ist, insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin, Anästhesiologie, Neurologie sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und
3. die außerklinische Intensivpflege durch eine dreijährig examinierte Pflegekraft durchgeführt wird.

Nach Ablauf von zwölf Monaten ist eine erneute ärztliche Verordnung vorzulegen.

(2) Wird die außerklinische Intensivpflege in einer Einrichtung der vollstationären Pflege nach § 44 Absatz 1 erbracht, sind verbleibende Selbstbehalte nach § 44 Absatz 3 beihilfefähig.

(3) Die Aufwendungen sind bis zu einem Betrag in Höhe von 42 Euro pro Stunde angemessen. Entspricht die Höhe des in Rechnung gestellten Stunden- oder Tagessatzes einer Vergütungsvereinbarung mit einer Krankenkasse nach § 132I Absatz 5 SGB V sind die Aufwendungen abweichend von Satz 1 in dieser Höhe angemessen.

(4) Wird außerklinische Intensivpflege nicht 24 Stunden am Tag erbracht, können Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nach § 17 beihilfefähig sein.

§ 19

Komplextherapie, sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen und Leistungen sozialpädiatrischer Zentren sowie integrierte Versorgung

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Komplextherapien sind beihilfefähig, wenn die Komplextherapie nach den Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern erbracht und abgerechnet wird. Ausnahmsweise sind die Aufwendungen für eine Komplextherapie auch ohne eine solche Vereinbarung beihilfefähig, wenn in vergleichbaren Einzelfällen der gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherungsträger oder ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung einer Kostenübernahme zugestimmt hat. Eine Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht. Die Mitwirkung anderer sozialtherapeutischer Berufe, insbesondere Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, ist unschädlich. Eine Komplextherapie umfasst auch Schulungen von Familienangehörigen.

(2) Die Aufwendungen für eine von Ärztinnen oder Ärzten verordnete ambulante sozialmedizinische Nachsorgemaßnahme für chronisch kranke oder schwerstkranke

Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren, in besonderen Ausnahmefällen unter 18 Jahren, sind beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die sozialmedizinische Nachsorge:

1. aus medizinischen Gründen im Anschluss an eine stationäre Maßnahme erfolgt und
2. wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante Weiterbehandlung zu sichern.

Die Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer mit den gesetzlichen Krankenkassen nach § 43 Absatz 2 SGB V vereinbart hat.

(3) Aufwendungen für Leistungen psychiatrischer oder psychosomatischer Institutsambulanzen sind nach § 118 SGB V bis zur Höhe der Vergütungen beihilfefähig, wenn die Leistung nach den Vereinbarungen der Leistungserbringerinnen und der Leistungserbringer mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit den Sozialversicherungsträgern erbracht und abgerechnet wird.

(4) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119 Absatz 1 Satz 1 SGB V ermächtigt wurden, sind bis zu der Höhe der Vergütung beihilfefähig, wenn die Leistung nach den Vereinbarungen der Leistungserbringerinnen und der Leistungserbringer mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit den Sozialversicherungsträgern erbracht und abgerechnet wird. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn die Leistung nach den Vereinbarungen zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V zwischen den Leistungserbringerinnen und den Leistungserbringern und den Sozialversicherungsträgern oder den Unternehmen der privaten Krankenversicherung erbracht und abgerechnet wurden.

§ 20

Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen

(1) Beihilfefähig sind von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern aus Anlass einer Krankheit verbrauchte oder nach Art und Menge verordnete:

1. apothekenpflichtige Arzneimittel nach § 2 Arzneimittelgesetz,
2. Verbandmittel und
3. Teststreifen für Körperflüssigkeiten.

(2) Nicht beihilfefähig sind:

1. Stärkungsmittel und Geriatrika,
2. nicht verschreibungspflichtige Vitamin- und Mineralstoffpräparate und
3. Mittel zur Empfängnisregelung oder zur Potenzbeeinflussung.

(3) Abweichend von Absatz 1 und 2 sind ausnahmsweise beihilfefähig von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern aus Anlass einer Krankheit verbrauchte oder nach Art und Menge verordnete:

1. nicht verschreibungspflichtige Vitamin- und Mineralstoffpräparate, die in Anlage I zur Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt sind und zur Therapie der in dieser Anlage genannten Erkrankungen verordnet werden,
2. Mittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies bei Kindern unter drei Jahren,
3. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach dem Medizinprodukterecht zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in Anlage V zur Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen,

4. Mittel zur Empfängnisregelung, soweit diese zur Behandlung einer Krankheit dienen,
5. Mittel zur Potenzbeeinflussung, soweit diese zur Behandlung einer anderen Krankheit als der erektilen Dysfunktion dienen,
6. Notfallkontrazeptiva für eine Person unter 22 Jahren auch ohne ärztliche Verordnung und
7. bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach § 31 Absatz 5 Satz 1 SGB V.

(4) Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 3, die über die verordnete Menge oder den anzuwendenden Geltungszeitraum hinausgehen oder ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der verordnenden Person erneut beschafft werden, sind nicht beihilfefähig. Satz 1 gilt für Dauerverordnungen entsprechend.

§ 21

Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für:

1. Anschaffung, Miete, Lizenzierung oder Ersatz von Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücken sowie digitale Gesundheitsanwendungen nach Anlage 2 zu dieser Verordnung,
2. Unterweisung im Gebrauch der in Nummer 1 genannten Gegenstände und
3. notwendiges und angemessenes Zubehör zu den in Nummer 1 genannten Gegenständen,

wenn sie ärztlich verordnet sind. Digitale Gesundheitsanwendungen können auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verordnet werden. Zubehöre sind bewegliche Sachen, die als Nebensache dazu bestimmt sind, dem Zweck des Hilfsmittels zu dienen, und ohne die das Hilfsmittel nicht sachgerecht benutzt werden kann.

(2) Reparaturen beihilfefähiger Gegenstände nach Absatz 1 sind ohne ärztliche Verordnung, jedoch höchstens bis zu dem bei einer Ersatzanschaffung beihilfefähigen Betrag, beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für den Betrieb und Unterhalt der Gegenstände nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind beihilfefähig. Für Personen ab einem Alter von 18 Jahren werden die beihilfefähigen Aufwendungen um einen Selbstbehalt in Höhe von 100 Euro je Kalenderjahr gemindert.

(4) Nicht beihilfefähig sind bei Gegenständen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel. Nicht beihilfefähig, sind Aufwendungen für die Anbindung der Gegenstände nach Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 an das Internet, an ein internetfähiges Endgerät oder an eine digitale Kommunikationsinfrastruktur, durch die eine Übertragung von Daten zwischen dem Hilfsmittel und einem internetfähigen Gerät oder dem Internet ermöglicht wird. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die Hard- und Software sowie die Aufwendungen für die mobile Anbindung an das Internet oder an ein Netzwerk, um digitale Gesundheitsanwendungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 betreiben zu können.

(5) Für Gegenstände nach Absatz 1 mit einem Rechnungsbetrag von mehr als 1 000 Euro kann die Beihilfe mit der Auflage gewährt werden, dass bei einem Wiederverkauf die Beihilfe anteilig des Wiederverkaufspreises und entsprechend des Bemessungssatzes nach § 61 zurückzuzahlen ist.

(6) Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte, die von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen sind oder die dem Bereich der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder die der allgemeinen Gesundheitsvorsorge dienen, sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für Zubehör für digitale Gesundheitsanwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn sie wie zum Beispiel Kopfhörer oder digitale Waagen der allgemeinen Lebenshaltung dienen.

§ 22

Brillen und Kontaktlinsen

(1) Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen sind nach den folgenden Absätzen beihilfefähig, wenn sie von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde oder einer Optikerin oder einem Optiker angepasst wurden.

(2) Aufwendungen für Lichtschutzgläser und phototrope Gläser mit einer Tönung von mindestens 25 Prozent sind nur bei den folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. umschriebene Transparenzverluste (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen wie Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen,
2. krankhafte, andauernde Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverluste der Iris wie Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse,
3. Fortfall der Pupillenverengung wie absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom,
4. chronisch-rezidivierende Reizzustände der vorderen und mittleren Augenabschnitte oder allein der mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (Keratokonjunktivitis (Keratitis sicca), schwere chronische Konjunktivitis (Bindehautentzündung), Iritis, Zyklitis),
5. entstellende Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung wie Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug und Behinderung der Tränenabfuhr,
6. Ziliarneuralgie,
7. blendungsbedingende entzündliche oder degenerative Erkrankungen der Netzhaut und Aderhaut oder der Sehnerven,
8. totale Farbenblindheit,
9. Albinismus,
10. unerträgliche Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
11. intrakranielle Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht wie Hirnverletzungen, Hirntumore,
12. Gläser ab +10 Dioptrien (dpt) wegen Vergrößerung der Eintrittspupille,

13. als Sonderform Kantenfiltergläser (400 nm) im Rahmen einer Fotochemotherapie, als Schutz vor Ultraviolettstrahlung (UV) nach Staroperationen, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde, bei Iriskolobomen oder Albinismus oder

14. als Sonderform Kantenfiltergläser (540 bis 660 nm) bei dystrophischen Netzhauterkrankungen.

(3) In voller Höhe sind beihilfefähig Aufwendungen für:

1. sphärische oder zylindrische Ein- oder Mehrstärkengläser oder Kontaktlinsen mit einem Brechwert von über ± 10 dpt,
2. fachärztlich verordnete Zusatzarbeiten für die Modifikation eines Brillengestells über den allgemeinen Anpassungsbedarf hinaus wegen eines schwerwiegenden medizinischen Ausnahmefalls aufgrund Krankheit oder anatomischer Besonderheiten,
3. Gläser für Schulsportbrillen mit Sehschärfe für Kinder unter 18 Jahren und
4. Prismen.

(4) Die in den Absätzen 1 und 2 genannten Aufwendungen sind nur bis zu den nachfolgend genannten Höchstbeträgen beihilfefähig. Die Höchstbeträge nach den Nummern 1 bis 5 dieses Absatzes umfassen alle Zusatzleistungen wie Entspiegelung, Tönung sowie die Auswahl eines Kunststoff- oder Leichtglases.

- | | | |
|----|--|------------|
| 1. | Brillengestell, Gestell für Schulsportbrillen für Kinder unter 18 Jahren, Gestell für Lichtschutzbrillen jeweils | 20,50 Euro |
| 2. | sphärisches oder zylindrisches Einstärkenglas oder Einstärkenkontaktlinse mit einem Brechwert von bis zu ± 6 dpt | 50 Euro |

- | | | |
|----|--|----------|
| 3. | sphärisches oder zylindrisches Einstärkenglas oder
Einstärkenkontaktlinse mit einem Brechwert von
über ± 6 dpt bis zu ± 10 dpt | 75 Euro |
| 4. | sphärisches oder zylindrisches Mehrstärkenglas oder
Mehrstärkenkontaktlinse mit einem Brechwert von
bis zu ± 6 dpt | 205 Euro |
| 5. | sphärisches oder zylindrisches Mehrstärkenglas oder
Mehrstärkenkontaktlinse mit einem Brechwert von
über ± 6 dpt bis zu ± 10 dpt | 230 Euro |
| 6. | bei einem Lichtschutzglas in Verbindung mit einem
Glas der Nummern 2 bis 5 zusätzlich | 30 Euro |
| 7. | bei einem phototropen Glas in Verbindung mit einem
Glas der Nummern 2 bis 5 zusätzlich | 50 Euro |
| 8. | Refraktionsbestimmung je Sehhilfe | 13 Euro. |

(5) Die Höchstbeträge nach Absatz 4 sind nicht anzuwenden für Brillengläser und Kontaktlinsen, die unabhängig von der Korrektur der Brechkraft therapeutischen Zwecken dienen. Der therapeutische Zweck muss von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde medizinisch begründet werden. Therapeutischen Zwecken dienen Brillengläser und Kontaktlinsen, insbesondere bei:

1. irregulären Hornhauttopographien bei oder nach Keratokonus, Keratoplastik, ausgeprägten Dystrophien oder Degenerationen aller Art, Trauma oder chirurgischem Eingriff,
2. besonderen Hornhautparametern aufgrund:

- a) einer numerischen Exzentrizität $\geq 0,8$ und $\leq 0,2$ /oblong,
- b) eines Hornhautdurchmessers bei Mikrocornea $\leq 10,5\text{mm}$ oder bei Makrocornea $\geq 12,5\text{mm}$, oder
- c) von Hornhautradien $\leq 7,00\text{mm}$ oder $\geq 8,80\text{mm}$ sowie

3. personenbedingten Erschwernissen, insbesondere bei ausgeprägtem Nystagmus.

(6) Aufwendungen für die Mehrfachbeschaffung von gleichen Brillen oder gleichen Kontaktlinsen sowie von Brille neben Kontaktlinsen oder Kontaktlinsen neben Brille sind nur beihilfefähig, wenn die Mehrfachbeschaffung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde medizinisch begründet ist. Es sind entweder die Aufwendungen für Mehrstärkengläser oder die Aufwendungen für Einstärkengläser beihilfefähig. Aufwendungen für eine Beschaffung von phototropen Gläsern neben Lichtschutzgläsern mit einer Tönung von mindestens 25 Prozent sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für eine Beschaffung von Gläsern ohne Tönung oder einer Tönung von unter 25 Prozent neben phototropen Gläsern mit einer Tönung von mindestens 25 Prozent sind nicht beihilfefähig.

(7) Aufwendungen für ein Brillengestell, für Brillengläser und für Kontaktlinsen sind nur beihilfefähig, wenn seit der letzten Beschaffung drei Jahre vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung notwendig ist, weil sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat, oder die bisherige Sehhilfe unbrauchbar geworden ist. Dies gilt nicht für therapeutische Brillengläser und Kontaktlinsen nach Absatz 5. Bei Änderung der Brechkraft beginnt der Dreijahreszeitraum von neuem. Aufwendungen für Kontaktlinsen mit einem Brechwert von bis zu ± 10 dpt sind bis zum Erreichen des jeweiligen Höchstbetrags nach Absatz 4 Nummern 2 bis 5 angemessen. Der Höchstbetrag kann innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nur einmal erreicht werden. Bei Änderung der Brechkraft beginnt der Dreijahreszeitraum von Neuem.

(8) Orthokeratologische Kontaktlinsen sind nicht beihilfefähig.

§ 23

Familien- und Haushaltshilfe

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, wenn:

1. die sonst den Haushalt allein oder überwiegend führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person:

- a) wegen außerhäuslicher Unterbringung aufgrund Krankheit, Anschlussheil-, Sucht- oder Rehabilitationsbehandlung, Kur, Schwangerschaft und Geburt oder Pflege nach den §§ 25, 27, 28, 31 Absatz 2, §§ 32 bis 36, 44 und 50,
- b) wegen ihrer notwendigen langfristigen häuslichen Bettlägerigkeit,
- c) wegen langfristiger krankheitsbedingter Unfähigkeit zur Verrichtung der häuslichen Tätigkeiten oder
- d) als medizinisch notwendige Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes

den Haushalt nicht weiterführen kann,

2. im Haushalt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren verbleibt und

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

Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe nach Satz 1 Nummer 1 Buchstaben b und c sind abweichend von Satz 1 Nummer 2 nur beihilfefähig, wenn ein Kind unter zwölf Jahren im Haushalt verbleibt. In diesem Fall sind Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe erst ab Beginn der vierten Woche beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind nach Beendigung der außerhäuslichen Unterbringung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a für bis zu sieben weitere Tage beihilfefähig. In ärztlich begründeten Fällen kann diese Zeitdauer auf insgesamt bis zu 21 Tagen verlängert werden.

(3) Sind die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen erfüllt, gilt eine Familien- und Haushaltshilfe für bis zu zwölf Stunden pro Tag als angemessen. Mit ärztlicher Begründung kann ein Zeitbedarf von bis zu 24 Stunden pro Tag als angemessen angesehen werden.

(4) Als angemessen gelten pro Stunde Aufwendungen in Höhe von:

1. 0,8 Prozent der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV), für hauptberufliche Pflegekräfte und
2. 0,4 Prozent der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV für nebenberufliche Pflegekräfte.

Der Betrag wird anteilig je Kalendermonat berechnet und anschließend auf volle Euro aufgerundet. Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch Geschwister oder Schwiegerkinder der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person in deren Haushalt durchgeführt, sind Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 2 beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für die Unterbringung von Kindern unter zwölf Jahren in einem Heim oder in einem fremden Haushalt sind nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 beihilfefähig, wenn und soweit die Voraussetzungen für eine Familien- und Haushaltshilfe nach den Absätzen 1 und 2 vorliegen.

(6) Wird die Familien- und Haushaltshilfe von Großeltern, Eltern, Kindern, der Ehegattin, dem Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder dem Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person erbracht, sind dabei entstandene Aufwendungen nicht beihilfefähig. Wird ein Kind in einem Haushalt der in Satz 1 genannten Personen untergebracht, sind die dabei entstandenen Aufwendungen nicht beihilfefähig.

§ 24

Fahrtkosten

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für die Beförderung von Personen und Gepäck sowie für eine medizinisch notwendige Begleitperson:

1. im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung nach den §§ 27, 28, 31 Absatz 2, §§ 32, 33 Absätze 1 bis 5 und § 34 einschließlich vor- und nachstationärer Krankenbehandlungen,
2. anlässlich einer Verlegung in eine andere Einrichtung zur stationären Behandlung nach den §§ 27, 28, 31 Absatz 2, §§ 32, 33 Absätze 1 bis 5 und § 34,
3. anlässlich einer ambulanten Operation und damit in Zusammenhang stehender Vor- und Nachbehandlungen nach ärztlicher Verordnung,

4. anlässlich des Elternbesuches eines untergebrachten, schwer erkrankten Kindes der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, welches unter 18 Jahre alt ist und bei dem zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind; dies gilt entsprechend auch bei stationär palliativ versorgten Kindern,
5. zur Dialysebehandlung, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie, onkologischen Strahlen- oder parenteralen Chemotherapie,
6. zur ambulanten Anschlussheilbehandlung, ambulanten Rehabilitationsbehandlung nach § 35,
7. zu Behandlungen im Rahmen eines wegen einer schwerwiegenden Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschemas, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist; eine schwerwiegende Grunderkrankung ist zum Beispiel eine Erkrankung, die den in Nummer 5 genannten Behandlungen zugrunde liegt; eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum liegt insbesondere vor, wenn eine Behandlung einmal wöchentlich über einen Zeitraum von einem halben Jahr erfolgt oder eine vergleichbare Anzahl von Fahrten aufweist,
8. für Personen mit einem Ausweis für schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind), „H“ (hilflos) oder „TBl“ (taubblind) oder einem Pflegegrad 3, 4 oder 5, wenn der Transport im Zusammenhang mit einer ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung steht und
9. mit einem Rettungswagen, Rettungsflugzeug, Rettungshubschrauber oder einem ärztlich verordneten Krankentransportwagen.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:

1. die Mitnahme weiterer Personen und des Gepäcks bei der Benutzung privater Personenkraftfahrzeuge,
2. den Rücktransport wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise,

3. die Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, wenn keine medizinisch zwingenden Gründe für die Verlegung vorliegen,

4. Parkgebühren und

5. Wartezeiten eines Taxis.

(3) Erfolgt der Transport mit einem privat genutzten Personenkraftwagen, sind Aufwendungen nur bis zur Höhe des Betrags nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Landesreisekostengesetzes beihilfefähig. Erfolgt der Transport mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln, sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Kosten der zweiten Klasse beihilfefähig.

(4) Die beihilfefähigen Aufwendungen für Transporte nach Absatz 1 Nummern 1 bis 4 werden jeweils um einen Selbstbehalt in Höhe von 9 Euro je einfacher Fahrt gemindert und auf einen Höchstbetrag von 120 Euro je einfacher Fahrt begrenzt. Wird in den Fällen nach Absatz 1 Nummern 1 bis 4 kein regelmäßig verkehrendes Beförderungsmittel wie zum Beispiel ein Taxi zur Beförderung genutzt, erhöht sich der Selbstbehalt auf 20 Euro je einfacher Fahrt. In den Fällen des Absatzes 1 Nummern 5 bis 7 gilt der Höchstbetrag von 120 Euro je einfacher Fahrt.

§ 25

Auswärtige Unterkunft

Aufwendungen für eine Unterkunft der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und der medizinisch notwendigen Begleitperson sind beihilfefähig, wenn die ambulante ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistung oder Komplextherapie an einem anderen Ort als dem Wohnort medizinisch notwendig war. Die Aufwendungen sind jeweils bis zu einem Höchstbetrag von 30 Euro täglich angemessen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht bei Kuren oder kurähnlichen Maßnahmen.

§ 26

Kommunikationshilfen für Personen mit Hör- oder Sprachbehinderungen

Aufwendungen für eine Gebärdensprachdolmetscherin, einen Gebärdensprachdolmetscher oder eine andere geeignete Kommunikationshilfe sind für beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen mit Hör- oder Sprachbehinderung beihilfefähig, wenn:

1. im Einzelfall eine Kommunikation mit der leistungserbringenden Person nur mit Hilfe einer Gebärdensprachdolmetscherin, eines Gebärdensprachdolmetschers oder einer anderen Kommunikationshilfe gewährleistet ist und
2. die Aufwendungen im Zusammenhang mit einer beihilfefähigen Leistung entstehen.

Abschnitt 3 Stationäre Leistungen

§ 27

Leistungen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern

(1) In nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern sind Aufwendungen für folgende Leistungen beihilfefähig:

1. vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 1 Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und § 115a SGB V,
2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 KHEntgG und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV),
3. andere im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 1 und 2 entstandene Leistungen nach den §§ 10 bis 12 und 20,
4. stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen nach § 115d SGB V und
5. eine medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHEntgG.

Die Aufwendungen für diese Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn sie nach dem Krankenhausentgeltgesetz, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden. Zur Ermittlung der beihilfefähigen Aufwendungen kann die Beihilfestelle die Aufnahme- und Entlassanzeige des behandelnden Krankenhauses bei der beihilfeberechtigten Person anfordern.

(2) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind nur beihilfefähig, wenn die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig und eine Mitaufnahme in das Krankenhaus nicht

möglich ist. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nur bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für die in § 39e Absätze 1 und 2 SGB V genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus sind für zehn Tage je Krankenhausbehandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft.

(4) Werden Leistungen zugelassener Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet, sind die entsprechenden Aufwendungen insoweit beihilfefähig, als sie für Leistungen eines vergleichbaren Krankenhauses nach Absatz 1 beihilfefähig wären.

§ 28

Leistungen in nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern

(1) Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 SGB V, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind nach den folgenden Absätzen beihilfefähig.

(2) Liegen Indikationen vor, die anhand diagnosebezogener Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, sind Aufwendungen in Höhe der folgenden Entgelte beihilfefähig:

1. die Höhe der Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 KHEntgG, die sich bei Anwendung des Fallpauschalen-Katalogs nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG ergeben; dabei wird die obere Grenze des nach § 10 Absatz 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt,
2. die tagesbezogenen Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG oder, sofern diese aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch nicht berechnet wurden, nach § 15 Absatz 2a KHEntgG,
3. das berechnete Entgelt, welches bezüglich seines Leistungsinhalts dem eines krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelts nach den Anlagen 3a, 3b und 4 des Fallpauschalen-Katalogs nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG entspricht und

4. das Entgelt für das Vorhaltebudget nach der Berechnung nach § 7 Absatz 2 Satz 7 KHEntgG.

(3) Liegen Indikationen vor, die nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) nach § 17d KHG abgerechnet werden können, sind Aufwendungen in Höhe der folgenden Entgelte beihilfefähig:

1. das nach Anlage 1a oder 2a zum PEPP-Entgeltkatalog berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes,
2. Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 zum PEPP-Entgeltkatalog ausgewiesenen Beträgen und
3. ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 zum PEPP-Entgeltkatalog bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes.

Maßgebend ist dabei die jeweils geltende, auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (www.g-drg.de) veröffentlichte Fassung des PEPP-Entgeltkatalogs. Als pauschaler Basisentgeltwert ist der ersatzweise anzuwendende Basisentgeltwert nach der jeweils geltenden Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit einem Aufschlag von 10 Prozent anzusetzen.

(4) Liegen Indikationen vor, auf die die Absätze 2 oder 3 nicht anwendbar sind, sind die Aufwendungen je Behandlungstag bis zur Höhe des Betrags beihilfefähig, der sich aus der Multiplikation einer Bewertungsrelation von 1,00 bei vollstationärer Behandlung oder 0,75 bei teilstationärer Behandlung mit dem ersatzweise anzuwendenden Basisentgeltwert nach der jeweils gültigen Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit einem Aufschlag von 10 Prozent ergibt. Aufnahme- und Entlasstag gelten dabei als ein Berechnungstag.

(5) Ist im Rahmen einer Notfallbehandlung die notfallmäßige Aufnahme in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus nicht möglich, sind die dabei entstehenden Aufwendungen nach § 27 Absatz 1 Nummer 2 beihilfefähig.

(6) Darüber hinaus sind Aufwendungen für folgende Leistungen beihilfefähig:

1. gesondert berechnete belegärztliche Leistungen nach § 18 KHEntgG oder § 16 Satz 1 BPfIV, sowie damit im Zusammenhang stehende und gesondert berechnete Sachkosten,
2. eine medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHEntgG bis zur Höhe des nach § 17b Absatz 1a Nummer 7 KHG zu vereinbarenden Zuschlags und
3. Kurtaxe.

(7) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei teil- und vollstationären Maßnahmen in nicht zugelassenen Krankenhäusern ist, dass die Maßnahme nach begründeter Bescheinigung einer Ärztin oder eines Arztes, die oder der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, nach Art und Dauer medizinisch notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Bescheinigung muss vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung ausgestellt sein und Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Maßnahme und zu der Einrichtung enthalten, in der die Leistungen durchgeführt werden sollen.

(8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt wurden und die Bestandteil der Leistungen nach § 27 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind.

(9) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind nur beihilfefähig, wenn die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig und eine Mitaufnahme in das Krankenhaus nicht möglich ist. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nur bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig.

(10) Aufwendungen für die in § 39e SGB V genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus sind für zehn Tage je Krankenhausbehandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft.

§ 29

Wahlleistungen

(1) Aufwendungen für folgende gesondert erbrachte und berechnete Wahlleistungen im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus nach den §§ 27 und 28 sind nach den Absätzen 3 bis 5 beihilfefähig:

1. Unterkunft in einem Krankenhaus nach § 27 bis zur Höhe der Wahlleistungsentgelte für Zweibettzimmer,
2. Unterkunft in einem Krankenhaus nach § 28 bis zur Höhe der Wahlleistungsentgelte für Zweibettzimmer, höchstens bis zur Höhe von 2 Prozent der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors täglich und
3. wahlärztliche Leistungen nach § 16 Satz 2 BPfIV und § 17 KHEntgG.

(2) Werden die beihilfefähigen Wahlleistungen nach Absatz 1 anlässlich eines teil- oder vollstationären Aufenthalts in einem Krankenhaus nach den §§ 27 und 28 nicht beansprucht, so werden stattdessen Wahlleistungspauschalen gewährt. Für die nicht beanspruchte Wahlleistung für Unterkunft beträgt die Wahlleistungspauschale 11 Euro pro Tag, an dem die Leistung berechenbar gewesen wäre. Für nicht beanspruchte wahlärztliche Leistungen beträgt die Wahlleistungspauschale 22 Euro pro Tag, an dem die Leistung berechenbar gewesen wäre.

(3) Der Anspruch auf Wahlleistungen setzt voraus, dass die beihilfeberechtigte Person gegenüber der Bezügestelle innerhalb einer Ausschlussfrist von fünf Monaten erklärt hat, dass sie für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Personen Beihilfe zu Aufwendungen für Wahlleistungen ab Beginn der Frist in Anspruch nehmen will. Die Erklärung ist in der in § 64 Absatz 1 Sätze 2 bis 4 vorgeschriebenen Form abzugeben.

Die Frist beginnt:

1. mit dem Wiederaufleben der Beihilfeberechtigung für die am 1. April 2004 ohne Beihilfeberechtigung beurlaubten Beamtinnen und Beamten oder
2. mit dem Tag der Entstehung einer neuen Beihilfeberechtigung nach dieser Verordnung infolge:

- a) der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses mit Ausnahme der Fälle des § 8 LBG,
- b) der Entstehung des Anspruchs auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen, jeweils nur, wenn die Versorgungsurheberin oder der Versorgungsurheber Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen hatte, oder
- c) der Abordnung oder Versetzung von einem anderen Dienstherrn zu einem Dienstherrn im Geltungsbereich dieser Verordnung.

Bei Beginn und Ende einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge sowie bei Eintritt in den Ruhestand besteht keine Wahlmöglichkeit.

(4) Die beihilfeberechtigten Personen sind von der Bezügestelle auf die Ausschlussfrist schriftlich hinzuweisen. Die Erklärung nach Absatz 3 kann jederzeit ohne Angabe von Gründen in Schriftform für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf der Erklärung wird nur für die Zukunft, frühestens somit zum ersten Tag des auf den Widerruf folgenden Kalendermonats wirksam. Der Widerruf und die Rechtsfolgen sind durch Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung festzustellen.

(5) Der Anspruch auf Wahlleistungen nach Absatz 1 und auf eine Wahlleistungspauschale nach Absatz 2 besteht nur, wenn die beihilfeberechtigte Person einen Beitrag in Höhe von 22 Euro monatlich leistet. Beitragsfreiheit besteht bei beihilfeberechtigten Personen ohne Bezüge in den Fällen des § 2 Absatz 2 Satz 2, während eines Wahlvorbereitungsurlaubs, einer Pflegezeit sowie einer Elternzeit. Die Erklärung nach Absatz 3 Satz 1 beinhaltet das Einverständnis, dass der ab Beginn der Frist zu zahlende Beitrag monatlich von den Bezügen einbehalten wird. In den Fällen, in denen der Beitrag nicht von den laufenden monatlichen Bezügen einbehalten werden kann, wird er zum 15. des jeweiligen Monats fällig. Kommt die beihilfeberechtigte Person ihrer Zahlungspflicht über einen Zeitraum von drei Monaten trotz Erinnerung nicht nach, wird der Wegfall des Beihilfeanspruchs auf Wahlleistungen durch Bescheid festgestellt. Der Beihilfeanspruch auf Wahlleistungen erlischt mit Beginn des Zahlungsverzugs.

§ 30

Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen sind beihilfefähig, wenn

1. die häusliche Krankenpflege nach § 17 nicht ausreichend ist, weil eine schwere Krankheit vorliegt, oder der gesundheitliche Zustand sich insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung akut verschlimmert hat, und
2. keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 vorliegt.

Diese Aufwendungen sind nur bis zu dem in § 42 Absatz 3 genannten Höchstbetrag je Kalenderjahr angemessen.

§ 31

Palliativversorgung

(1) Aufwendungen für eine ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Die ärztliche Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung kann als Teilleistung auch in stationären Hospizen erbracht werden. Die Aufwendungen der ambulanten Palliativversorgung sind bis zur Höhe einer Vergütungsvereinbarung nach § 132d SGB V angemessen. Dies kann auf der Rechnung durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer bestätigt oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen werden.

(2) Aufwendungen für eine voll- oder teilstationäre Palliativversorgung in Hospizen sowie die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer erforderlichen Begleitung sind beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Begründung die ambulante Versorgung nach Absatz 1 nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Die Aufwendungen sind bis zu der Höhe der Preisvereinbarung dieser Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger nach § 39a Absatz 1 SGB V angemessen. Dies kann auf der Rechnung durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer

bestätigt oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen werden. Die §§ 47 und 49 gelten entsprechend.

Abschnitt 4

Beihilfefähige Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen und Kuren

§ 32

Stationäre Anschlussheilbehandlungen

(1) Aufwendungen für stationäre Leistungen einer Anschlussheilbehandlung nach Absatz 3 sind beihilfefähig, wenn die Leistungen nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Voraussetzungen nach Satz 1 müssen durch eine Bescheinigung einer Ärztin oder eines Arztes festgestellt werden, die oder der nicht mit der Einrichtung verbunden ist. Die Bescheinigung soll vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung ausgestellt sein und muss Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Maßnahme und zu der Einrichtung enthalten, in der die Leistungen durchgeführt werden sollen.

(2) Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind solche auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen.

(3) Eine Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn sie in einer Einrichtung für Anschlussheilbehandlungen nach Absatz 2 durchgeführt wird und sich die Maßnahme unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließt oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in engem zeitlichen Zusammenhang steht. Bei einer Unterbrechung von mehr als drei Wochen besteht ein zeitlicher Zusammenhang nur, wenn nach einer Erkrankung, die regelmäßig eine Anschlussheilbehandlung erfordert, eine solche aus Platzmangel oder gesundheitlichen Gründen erst nach mehr als drei Wochen Unterbrechung durchgeführt werden kann. Dies ist durch eine schriftlich begründete Bescheinigung einer Ärztin oder eines Arztes nachzuweisen, die oder der nicht mit der Einrichtung verbunden ist.

(4) Bei Durchführung einer Anschlussheilbehandlung sind Aufwendungen für folgende Leistungen beihilfefähig:

1. ärztliche Leistungen nach § 10,

2. psychotherapeutische Leistungen nach § 12,
3. Heilbehandlungen nach § 16,
4. Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen nach § 20,
5. Pflege, Unterkunft und Verpflegung in angemessener Höhe und
6. Kurtaxe.

(5) Aufwendungen einer Begleitperson für Unterkunft und Verpflegung in angemessener Höhe sowie Kurtaxe sind beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die zu begleitende Person über einen Ausweis für schwerbehinderte Menschen mit dem Merkzeichen „B“ verfügt oder von einer oder einem nicht mit der Einrichtung verbundenen Ärztin oder Arzt bescheinigt wird, dass eine Begleitung medizinisch notwendig ist. Im Falle der Behandlung eines Kindes unter zwölf Jahren wird die medizinische Notwendigkeit der Begleitung unterstellt.

(6) Aufwendungen für pauschal abgerechnete Leistungen einer Anschlussheilbehandlung sind beihilfefähig, soweit sie keine Vergütung für nicht-medizinische Komfortleistungen beinhalten. Daneben sind Aufwendungen nach Absatz 4 beihilfefähig, wenn sie nicht in der pauschalen Abrechnung enthalten sind. Entsprechendes gilt auch für Aufwendungen einer Begleitperson nach Absatz 5.

§ 33

Stationäre Suchtbehandlungen und ambulante Nachsorge

(1) Aufwendungen für stationäre Leistungen in einer Einrichtung für Suchtbehandlung nach Absatz 2 sind beihilfefähig, wenn die Leistungen nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Voraussetzungen nach Satz 1 müssen durch eine Bescheinigung einer Ärztin oder eines Arztes festgestellt werden, die oder der nicht mit der Einrichtung verbunden ist. Die Bescheinigung soll vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung ausgestellt sein und muss Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Maßnahme und zu der Einrichtung enthalten, in der die Leistungen durchgeführt werden sollen. Die Beihilfefähigkeit ist ab einer Dauer von 30 Tagen von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit abhängig.

(2) Einrichtungen für Suchtbehandlungen sind solche auf Suchtbehandlungen zur Entwöhnung spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen des Trägers der Sozialversicherung erfüllen.

(3) Bei der Durchführung einer stationären Suchtbehandlung sind Aufwendungen für folgende Leistungen beihilfefähig:

1. ärztliche Leistungen nach § 10,
2. psychotherapeutische Leistungen nach § 12,
3. Heilbehandlungen nach § 16,
4. Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen nach § 20,
5. Pflege, Unterkunft und Verpflegung und
6. Kurtaxe.

Aufwendungen für Pflege, Unterkunft und Verpflegung sind nur bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig.

(4) Werden die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 5 im Rahmen einer vollpauschalierten Abrechnung in Rechnung gestellt, sind die Aufwendungen bis zu 250 Euro täglich beihilfefähig. Mit dieser Pauschale sind alle weiteren Aufwendungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 5 abgegolten. Werden im Rahmen einer teilpauschalierten Abrechnung Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 oder Nummer 3 gesondert in Rechnung gestellt, sind die teilpauschalierten Aufwendungen bis zu 175 Euro täglich beihilfefähig. Mit dieser Teilpauschale sind alle übrigen Aufwendungen mit Ausnahme derjenigen für die Kurtaxe abgegolten. Beinhaltet die pauschale Abrechnung Vergütungen für nicht-medizinische Komfortleistungen, beurteilt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließlich nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 5.

(5) Aufwendungen einer Begleitperson für Unterkunft und Verpflegung sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig. Aufwendungen einer Begleitperson für Kurtaxe sind beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die zu begleitende Person über einen Ausweis für schwerbehinderte Menschen mit dem Merkzeichen „B“ verfügt oder von einer oder einem nicht mit der Einrichtung

verbundenen Ärztin oder Arzt bescheinigt wird, dass eine Begleitung medizinisch notwendig ist. Im Falle der Behandlung eines Kindes unter zwölf Jahren wird die medizinische Notwendigkeit der Begleitung unterstellt.

(6) Aufwendungen für eine ambulante Suchtnachsorgebehandlung sind beihilfefähig, wenn die ambulante Suchtnachsorgebehandlung im Anschluss an eine stationäre Suchtbehandlung erfolgt.

§ 34

Stationäre Rehabilitationsbehandlungen

(1) Aufwendungen für stationäre Leistungen einer Rehabilitationsbehandlung in einer Einrichtung nach Absatz 2 sind beihilfefähig, wenn

1. keine stationäre Anschlussheilbehandlung nach § 32 vorliegt,
2. eine ambulante Behandlung oder Kur nach § 36 nicht ausreichend ist und
3. aufgrund der Erkrankung und der vorgesehenen Dauer eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist.

Die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummern 2 und 3 müssen von einer oder einem nicht mit der Einrichtung verbundenen Ärztin oder Arzt bescheinigt werden. Die Bescheinigung soll vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung ausgestellt sein. Sie muss Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Maßnahme und zu der Einrichtung enthalten, in der die Leistungen durchgeführt werden sollen. Die Beihilfefähigkeit ist ab einer Dauer von 30 Tagen von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit abhängig.

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

(3) Bei Durchführung einer stationären Rehabilitationsbehandlung sind Aufwendungen für folgende Leistungen beihilfefähig:

1. ärztliche Leistungen nach § 10,
2. psychotherapeutische Leistungen nach § 12,

3. Heilbehandlungen nach § 16,
4. Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen nach § 20,
5. Pflege, Unterkunft und Verpflegung und
6. Kurtaxe.

Aufwendungen für Pflege, Unterkunft und Verpflegung sind nur bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig.

(4) Werden die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 5 im Rahmen einer vollpauschalierten Abrechnung in Rechnung gestellt, sind die Aufwendungen bis zu 250 Euro täglich beihilfefähig. Mit dieser Pauschale sind alle weiteren Aufwendungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 5 abgegolten. Werden im Rahmen einer teilpauschalierten Abrechnung Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 oder Nummer 3 gesondert in Rechnung gestellt, sind die teilpauschalierten Aufwendungen bis zu 175 Euro täglich beihilfefähig. Mit dieser Teilpauschale sind alle übrigen Aufwendungen mit Ausnahme derjenigen für die Kurtaxe abgegolten.

(5) Beinhaltet die pauschale Abrechnung Vergütungen für nicht-medizinische Komfortleistungen, beurteilt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließlich nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 5.

(6) Aufwendungen einer Begleitperson für Unterkunft und Verpflegung sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig. Aufwendungen für Kurtaxe sind beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die zu begleitende Person über einen Ausweis für schwerbehinderte Menschen mit dem Merkzeichen „B“ verfügt oder von einer oder einem nicht mit der Einrichtung verbundenen Ärztin oder Arzt bescheinigt wird, dass eine Begleitung medizinisch notwendig ist. Im Falle der Behandlung eines Kindes unter zwölf Jahren wird die medizinische Notwendigkeit der Begleitung unterstellt.

(7) Aufwendungen für eine familienorientierte Rehabilitationsbehandlung sind beihilfefähig, wenn das zu behandelnde berücksichtigungsfähige Kind an einer schweren chronischen Erkrankung, insbesondere Krebserkrankung oder Mukoviszidose leidet, oder sein Zustand nach Operation am Herzen oder Organtransplantation eine solche Maßnahme erfordert. Aufwendungen

einzubindender Familienangehöriger sind ebenfalls beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die familienorientierte Rehabilitationsbehandlung für den Rehabilitationserfolg des Kindes notwendig ist und in einer Einrichtung nach Absatz 2 durchgeführt wird. Die Notwendigkeit der Maßnahme einschließlich der einzubindenden Familienangehörigen muss von einer oder einem nicht mit der Einrichtung verbundenen Ärztin oder Arzt bescheinigt werden.

§ 35

Ambulante Anschlussheilbehandlungen und ambulante Rehabilitationsbehandlungen

(1) Aufwendungen für folgende Leistungen einer ambulanten Anschlussheilbehandlung oder einer ambulanten Rehabilitationsbehandlung sind beihilfefähig:

1. ärztliche Leistungen nach § 10,
2. psychotherapeutische Leistungen nach § 12,
3. Heilbehandlungen nach § 16 und
4. Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen nach § 20.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen ärztlich verordnet sind und in einer Einrichtung durchgeführt werden, die mit einem Träger der Sozialversicherung einen entsprechenden Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

(2) Aufwendungen aufgrund pauschaler Abrechnung für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 sind bis zur Höhe des mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Tagessatzes beihilfefähig.

§ 36

Kuren

(1) Aufwendungen für folgende Leistungen einer Kur nach Absatz 3 sind beihilfefähig:

1. ärztliche Leistungen nach § 10,
2. psychotherapeutische Leistungen nach § 12,

3. Heilbehandlungen nach § 16,
4. Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen nach § 20,
5. Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 Euro pro Tag, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 30 Tagen und
6. Kurtaxe.

Aufwendungen aufgrund von Pauschalabrechnungen von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 7 sind ausschließlich bis zu der Höhe beihilfefähig, in der für die Pauschalabrechnung eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht.

(2) Aufwendungen einer Begleitperson bei einer Kur für Unterkunft und Verpflegung und Kurtaxe sind beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind bis zu 26 Euro pro Tag und begrenzt auf eine Dauer von höchstens 30 Tagen angemessen. Satz 2 gilt nicht, wenn für eine Begleitperson der mit einem Sozialleistungsträger vereinbarte Pauschalpreis in Rechnung gestellt wird. Voraussetzung ist, dass die zu begleitende Person über einen Ausweis für schwerbehinderte Menschen mit dem Merkzeichen „B“ verfügt oder ärztlich bescheinigt wird, dass eine Begleitung medizinisch notwendig ist. Abweichend von Satz 4 gelten als Begleitperson auch nicht behandlungsbedürftige Kinder, die ihre zu behandelnden Geschwisterkinder oder einen zu behandelnden Elternteil bei Mütter- oder Vätergenesungskuren beziehungsweise Mutter- oder Vater-Kind-Kuren begleiten.

(3) Kuren sind ambulante Heilkuren, Mütter- oder Vätergenesungskuren und Mutter- oder Vater- Kind-Kuren. Ambulante Heilkuren sind Maßnahmen für Beamtinnen und Beamte zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit. Die ambulante Heilkur muss mit Heilbehandlungen nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort durchgeführt werden. Anerkannte Heilbäder und Kurorte sind solche, die das Bundesinnenministerium nach § 35 Absatz 1 Satz 2 BBhV in einer Übersicht durch Rundschreiben bekanntgibt, in der jeweils geltenden Fassung. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden und ortsgebunden sein. Eine Unterkunft in Ferienwohnungen, Wohnwagen, auf Campingplätzen und dergleichen ist nicht ausreichend. Aufwendungen für Mütter- oder Vätergenesungskuren oder Mutter- oder Vater-Kind-Kuren sind beihilfefähig, wenn sie als Rehabilitationskuren entsprechend § 41 SGB V in einer Einrichtung

durchgeführt werden, die einen Versorgungsvertrag für Rehabilitationsleistungen nach § 111a SGB V abgeschlossen hat.

(4) Aufwendungen für Kuren, die weit überwiegend der Vorsorge dienen, sind nicht beihilfefähig. Gleiches gilt für Maßnahmen, deren Zweck eine berufliche Rehabilitation ist, wenn medizinisch kurmäßige Maßnahmen nicht mehr erforderlich sind.

(5) Aufwendungen für Kuren nach Absatz 3 sind nur beihilfefähig, wenn

1. erstmalig eine Wartezeit von insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung nach dieser Verordnung oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,
2. im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet wurde,
3. ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und
4. die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch begründete ärztliche Bescheinigung, die unter anderem die Einrichtung, das Heilbad oder den Kurort angibt, nachgewiesen ist.

Die Fristen nach Satz 1 Nummern 1 und 2 gelten nicht in besonderen Ausnahmefällen, in denen eine Kur zur Vermeidung eines Rückfalls wegen eines schweren chronischen Leidens aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist. Dies ist gegenüber der Beihilfestelle durch eine begründete ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Für die Wartezeitberechnung nach Satz 1 Nummer 2 bleiben Kuren außer Betracht, für die keine Beihilfe zu Aufwendungen nach Absatz 1 gewährt wurde oder die aus zwingendem Grund abgebrochen wurden. Sofern die Wartezeiten nach den Nummern 1 und 2 nicht eingehalten werden, sind nur die Aufwendungen nach Absatz 1 Nummern 1 bis 4 beihilfefähig.

(6) Aufwendungen für Kuren für Beamtinnen und Beamte sind nur beihilfefähig, wenn neben den Voraussetzungen des Absatzes 5

1. die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist und

2. die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat.

§ 37

Rehabilitationssport

Aufwendungen für ärztlich verordnete Maßnahmen des Rehabilitationssports sowie des Funktionstrainings in besonderen Gruppen unter Betreuung und Überwachung durch Ärztinnen, Ärzte oder Personen nach Anlage 10 BBhV sind beihilfefähig. Aufwendungen für Maßnahmen des Rehabilitationssports sind bis zum Höchstbetrag für Krankengymnastik in der Gruppe nach Anlage 9 BBhV beihilfefähig. Die Aufwendungen können einzeln oder als Kursgebühr berechnet werden. Die regelmäßige Teilnahme ist nachzuweisen. Aufwendungen für Mitgliedsbeiträge sind nicht beihilfefähig.

Abschnitt 5

Beihilfefähige Aufwendungen in Pflegefällen

§ 38

Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Voraussetzungen für Pflegeleistungen

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten nach § 14 Absatz 2 SGB XI aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern und einem Pflegegrad nach § 15 Absatz 3 SGB XI zuzuordnen sein, um die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den §§ 39 bis 47 und § 49 zu begründen.

(2) Die Beihilfestelle entscheidet über die Pflegebedürftigkeit und die Beihilfe. Erforderlich ist eine Erhebung der die Pflegebedürftigkeit begründenden Kriterien durch ein medizinisches Gutachten, das zu dem Vorliegen der Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei versicherten Personen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist der von der Versicherung festgestellte Pflegegrad auch für die Beihilfe bindend, im Übrigen ist aufgrund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. Dies schließt Aufwendungen zu Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zu einer medizinischen

Rehabilitation ein. Kostenanteile für die Erstellung des Gutachtens nach Satz 2 werden nicht erstattet. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung eines höheren Pflegegrades bei der Beihilfestelle oder Pflegeversicherung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(3) Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 beschränkt sich der Anspruch auf Pflegeleistungen auf:

1. Pflegeberatung und Beratungsbesuch nach § 39,
2. Aufwendungen bei ambulanten Wohngruppen nach § 40 Absatz 4,
3. Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42 Absatz 4,
4. Vergütungszuschläge nach § 44 Absatz 1 Sätze 3 und 4,
5. aktivierende Maßnahmen nach § 44 Absatz 2,
6. den Entlastungsbetrag nach § 45 Absatz 1,
7. individuelle Wohnumfeldverbesserung nach § 46,
8. Pflegehilfsmittel nach § 47 und
9. digitale Pflegeanwendungen nach § 49.

Wählen pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, besteht darüber hinaus je Kalendermonat Anspruch auf Beihilfe zu den vollstationären Aufwendungen bis zu dem Betrag nach § 43 Absatz 3 SGB XI.

(4) Bei Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die von Ärztinnen und Ärzten begründet als notwendig bescheinigte Behandlungspflege beihilfefähig. § 17 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 39

Pflegeberatung und Beratungsbesuch

(1) Die Beihilfestelle trägt die Kosten für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, wenn beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen Leistungen der Pflegeversicherung

1. beziehen oder
2. beantragt haben und erkennbar Hilfs- und Beratungsbedarf besteht.

Die Zahlung nach Satz 1 erfolgt auf formlosen Antrag an berechtigte Träger der Pflegeberatung. Es wird eine Beratungspauschale entsprechend der jeweils maßgeblichen Vereinbarung nach § 37 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 BBhV gewährt.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI ohne Anrechnung auf die Beträge nach § 40 Absatz 2 Satz 3.

§ 40

Häusliche Pflege, Kombinationspflege, ambulante Wohngruppen

(1) Die Aufwendungen für häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte nach § 36 Absatz 4 Sätze 2 und 3 SGB XI (Pflegesachleistungen) sind in dem als notwendig festgestellten Umfang der Pflege einschließlich der Fahrtkosten entsprechend des Pflegegrades nach § 15 Absatz 3 SGB XI für pflegebedürftige Personen beihilfefähig. Beihilfefähig sind in

1. Pflegegrad 2 bis zu 796 Euro je Kalendermonat,
2. Pflegegrad 3 bis zu 1 497 Euro je Kalendermonat,
3. Pflegegrad 4 bis zu 1 859 Euro je Kalendermonat und
4. Pflegegrad 5 bis zu 2 299 Euro je Kalendermonat.

Im Übrigen ist § 63 Absatz 1 Sätze 1, 2, 4 und 5 anzuwenden. Bei einer Pflege durch Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder der pflegebedürftigen Person sind Aufwendungen nach Satz 1 nicht beihilfefähig. Es findet Absatz 2 Anwendung.

(2) Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegepersonen nach § 19 SGB XI wird ein Pflegegeld ohne Nachweis von Aufwendungen als beihilfefähig berücksichtigt. Der Anspruch setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit dem zustehenden Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Beihilfefähig sind in

1. Pflegegrad 2: 347 Euro je Kalendermonat,
2. Pflegegrad 3: 599 Euro je Kalendermonat,
3. Pflegegrad 4: 800 Euro je Kalendermonat und
4. Pflegegrad 5: 990 Euro je Kalendermonat.

Die Beträge nach Satz 3 vermindern sich anteilig um die Tage einer vollstationären Unterbringung nach den §§ 27, 28 und 32 bis 34 soweit diese über vier Wochen hinausgeht. Sie vermindern sich ebenso um Tage, an denen Beihilfe für eine vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43, für vollstationäre Pflege nach § 44 oder eine Versorgung nach § 42b SGB XI zusteht. Für Tage, an denen Beihilfe für Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 zusteht, erfolgt für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr die Minderung nur zur Hälfte. Dabei gelten Tage der An- und Abreise jeweils auch als volle Tage der häuslichen Pflege. Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem die pflegebedürftige Person verstorben ist.

(3) Werden im Kalendermonat sowohl Pflegesachleistungen nach Absatz 1 als auch Pflegegeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen (Kombinationspflege), darf die Summe der nach den Absätzen 1 und 2 beihilfefähigen Beträge den nach dem Pflegegrad zutreffenden Höchstbetrag nach Absatz 1 nicht übersteigen.

(4) Bei pflegebedürftigen Personen in ambulant betreuten Wohngruppen ist ein pauschaler Zuschlag nach § 38a SGB XI beihilfefähig. Aufwendungen der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind nach § 45e SGB XI beihilfefähig, wenn und soweit die Maßnahme von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird.

§ 41

Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege

(1) Wird die häusliche Pflege teilstationär in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 Absatz 1 SGB XI erbracht, sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der notwendigen Fahrtkosten und der Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege entsprechend des Pflegegrades nach § 15 Absatz 3 SGB XI beihilfefähig. Beihilfefähig sind in

1. Pflegegrad 2 bis zu 721 Euro je Kalendermonat,
2. Pflegegrad 3 bis zu 1 357 Euro je Kalendermonat,
3. Pflegegrad 4 bis zu 1 685 Euro je Kalendermonat und
4. Pflegegrad 5 bis zu 2 085 Euro je Kalendermonat.

§ 44 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Neben den Aufwendungen der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

1. Pflegesachleistungen nach § 40 Absatz 1,
2. Pflegegeld nach § 40 Absatz 2 und
3. der Zuschlag bei ambulanten Wohngruppen nach § 40 Absatz 4 Satz 1 nach § 38a Absatz 1 Satz 2 SGB XI.

§ 42

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson nach § 40 Absatz 2 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für die Pflege beihilfefähig (Verhinderungspflege).

(2) Kann die häusliche Pflege nach § 40 zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, sind Aufwendungen für vollstationäre Pflege in Einrichtungen nach § 43 Satz 2, § 44 Absatz 1 Satz 1 oder in anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig (Kurzzeitpflege).

(3) Pflegebedürftige Personen haben für Verhinderungspflege nach Absatz 1 und Kurzzeitpflege nach Absatz 2 je Kalenderjahr einen Anspruch auf einen beide Pflegearten umfassenden gemeinsamen Jahresbetrag in Höhe von 3 539 Euro. Bei Kurzzeitpflege finden § 44 Absatz 1 Sätze 3 und 4 sowie Absatz 3 entsprechend Anwendung.

(4) Nimmt eine Pflegeperson Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entsprechend § 42b Absatz 1 SGB XI in Anspruch, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf Beihilfe zu den ihr entstandenen Aufwendungen im Rahmen dieser Versorgung entsprechend § 42b Absatz 3 SGB XI.

§ 43

Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Wird die häusliche Pflege teilstationär in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach §§ 43a, 71 Absatz 4 SGB XI erbracht, sind die Aufwendungen für die Pflege in der Einrichtung neben Aufwendungen nach § 40 Absatz 2 bis zur Höhe der Hälfte der in Satz 2 genannten Beträge beihilfefähig. Wird die Pflege vollstationär in Einrichtungen der Behindertenhilfe erbracht, gelten als beihilfefähige Aufwendungen für die Pflege in der Einrichtung in

1. Pflegegrad 2 bis zu 278 Euro je Kalendermonat,
2. Pflegegrad 3 bis zu 574 Euro je Kalendermonat,
3. Pflegegrad 4 bis zu 767 Euro je Kalendermonat und
4. Pflegegrad 5 bis zu 949 Euro je Kalendermonat.

Im Monat des Beginns und der Beendigung der Pflege werden die Beträge nach den Sätzen 1 und 2 halbiert; im Übrigen sind Unterbrechungen bereits bei der Bemessung der Beträge berücksichtigt.

§ 44

Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für die vollstationäre Pflege sind nur in einer dafür zugelassenen Pflegeeinrichtung nach § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI beihilfefähig. Erfolgt die Unterbringung vollstationär, liegen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 oder der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 und der Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43 nicht vor, sind die auf die Pflege entfallenden Kosten im Rahmen der Höchstbeträge für Pflegesachleistungen nach § 40 Absatz 1 beihilfefähig. Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 84 Absatz 8 SGB XI in Verbindung mit § 85 Absatz 8 SGB XI sind beihilfefähig. Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 84 Absatz 9 SGB XI in Verbindung mit § 85 Absatz 9 SGB XI sind beihilfefähig.

(2) Der Betrag nach § 87a Absatz 4 SGB XI ist beihilfefähig, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft oder festgestellt wurde, dass sie nicht mehr pflegebedürftig nach den §§ 14 und 15 SGB XI ist. Die Pflegeeinrichtung kann den Betrag gegenüber der Beihilfestelle geltend machen. Die gewährte Beihilfe ist vom Zahlungsempfänger zurückzufordern, wenn die pflegebedürftige Person innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig nach den §§ 14 und 15 SGB XI eingestuft wird.

(3) Aus Anlass einer nach Absatz 1 beihilfefähigen vollstationären Pflege sind Aufwendungen für Unterkunft einschließlich Investitionskosten und Verpflegung insoweit beihilfefähig, als sie

1. bei beihilfeberechtigten Personen mit

- a) einer berücksichtigungsfähigen Person 250 Euro je Kalendermonat,
- b) zwei berücksichtigungsfähigen Personen 220 Euro je Kalendermonat,
- c) drei berücksichtigungsfähigen Personen 190 Euro je Kalendermonat und
- d) mehr als drei berücksichtigungsfähigen Personen 160 Euro je Kalendermonat

übersteigen und

2. bei beihilfeberechtigten Personen ohne berücksichtigungsfähige Person oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege der beihilfeberechtigten Person und aller berücksichtigungsfähigen Personen 70 Prozent der in § 2 Absatz 1 genannten Bruttobezüge sowie der Rentenbezüge aus den gesetzlichen Rentenversicherungen und zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen ohne Berücksichtigung der Beitragszuschüsse und der Versicherungsbeiträge

übersteigen.

Sind mehr als eine Person vollstationär pflegebedürftig, gelten die Beträge nach Satz 1 Nummer 1 für jede Person. Die in Satz 1 bezeichneten Beträge werden nur für Kalendertage abgezogen, für die Aufwendungen für Unterkunft in Rechnung gestellt sind.

§ 45

Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch

(1) Bei pflegebedürftigen Personen in häuslicher Pflege sind Aufwendungen nach § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag) beihilfefähig bei Inanspruchnahme von

1. Tages- oder Nachtpflege,
2. Kurzzeitpflege,
3. Pflegesachleistungen, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung nach § 14 Absatz 2 Nummer 4 SGB XI, und
4. nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI.

(2) Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Beihilfegewährung zu nach Absatz 1 Nummer 4 zustehenden Aufwendungen unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf Pflegesachleistungen nach § 40 Absatz 1 beantragen, soweit für den jeweiligen Kalendermonat für die geltend gemachten Aufwendungen noch keine Beihilfe zu vorrangig zu gewährenden Pflegesachleistungen nach § 40 Absatz 1 bezogen wurde. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 40 Absatz 1 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen beihilfefähigen Höchstbetrages nicht überschreiten. Die

Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erfolgen unabhängig voneinander.

§ 46

Individuelle Wohnumfeldverbesserung

Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes nach § 40 Absatz 4 SGB XI sind beihilfefähig, wenn und soweit die Maßnahme von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird.

§ 47

Pflegehilfsmittel

Aufwendungen für Hilfsmittel zur Linderung von Beschwerden, zur Erleichterung der Pflege oder der selbstständigen Lebensführung der pflegebedürftigen Person sind beihilfefähig, wenn es sich dabei um ein Hilfsmittel nach § 21 handelt, oder wenn und soweit das Hilfsmittel von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird. Bei stationärer Pflege gilt Satz 1 nur für Gegenstände, die zum Verbrauch bestimmt, die individuell angepasst oder die überwiegend nur der pflegebedürftigen Person allein überlassen sind, sofern sie nicht üblicherweise von der Einrichtung vorzuhalten sind. Für ärztlich verordnete, zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, die nicht bereits nach Anlage 2 beihilfefähig sind, ist bei häuslicher Pflege eine Pauschale in Höhe des in § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI genannten Betrags monatlich beihilfefähig.

§ 48

Pflegeunterstützungsgeld

Hat eine nicht beihilfeberechtigte Person einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 SGB XI wegen der Pflege einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, wird hierzu eine Beihilfe unter Anwendung des für die gepflegte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person maßgeblichen Bemessungssatzes gewährt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird der berechtigten Person nach Satz 1 auf Antrag gewährt.

§ 49

Digitale Pflegeanwendungen

Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a SGB XI und ergänzende Unterstützungsleistungen nach § 39a SGB XI sind insgesamt im Kalendermonat bis zur Höhe des in § 40b Absatz 1 SGB XI genannten Betrags beihilfefähig, wenn die digitale Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach § 78a Absatz 3 SGB XI aufgenommen wurde.

Abschnitt 6

Aufwendungen in sonstigen Fällen

§ 50

Schwangerschaft und Geburt

(1) Aus Anlass einer Schwangerschaft und Geburt sind Aufwendungen für folgende Leistungen beihilfefähig:

1. ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt entsprechend der Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses,
2. Leistungen für die Mutter nach Abschnitt 2 dieser Verordnung,
3. Leistungen für die Mutter und das gesunde neugeborene Kind in Einrichtungen nach §§ 27 und 28,
4. Leistungen in Einrichtungen der Geburtshilfe, die von Hebammen und Entbindungspflegern geleitet werden,
5. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers nach der Hebammengebührenordnung,
6. ärztlich verordnete Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, welche nicht bei Hebammen oder Entbindungspflegern durchgeführt wird und
7. Leistungen einer Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung bis zu zwei Wochen nach der Geburt.

(2) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes sowie weitere Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der Entbindung entstehen, wird eine Pauschale ohne Vorlage von Nachweisen in Höhe von 250 Euro gewährt. Dies gilt auch, wenn die beihilfeberechtigte Person ein Kind unter drei Jahren annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in ihren Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Pauschale grundsätzlich der Mutter gewährt. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und gleichen Geschlechts, wird die Geburtspauschale der Person gewährt, die das Kindergeld erhält.

§ 51

Schwangerschaftsabbruch

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft, für ärztliche Untersuchungen und für die Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs.

(2) Aufwendungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind beihilfefähig, wenn für diesen eine medizinische oder kriminologische Indikation nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch besteht.

§ 52

Künstliche Befruchtung

(1) Aufwendungen für Leistungen einer künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen Arzneimittel nach § 20 sind beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Bescheinigung

1. die künstliche Befruchtung zwingend erforderlich und medizinisch notwendig ist, um eine Schwangerschaft herbeizuführen,
2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die künstliche Befruchtung eine Schwangerschaft herbeigeführt wird und
3. die künstliche Befruchtung nicht missbräuchlich ist nach dem Embryonenschutzgesetz.

Die hinreichende Aussicht nach Satz 1 Nummer 2 besteht bei einer Insemination nicht mehr, wenn acht Behandlungsversuche in Folge erfolglos abgeschlossen sind. Bei der Insemination ist ein Behandlungsversuch abgeschlossen, wenn die Samenzellen in die Frau übertragen wurden. Die hinreichende Aussicht nach Satz 1 Nummer 2 besteht bei einer In-vitro-Fertilisation (IVF), einem Intratubaren Gameten-Transfer (GIFT) oder einer Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) nicht mehr, wenn drei Behandlungsversuche in Folge erfolglos abgeschlossen sind. Der Behandlungsversuch ist mit dem Embryonentransfer abgeschlossen. Ein Behandlungsversuch gilt mit Eintritt der klinischen Schwangerschaft als erfolgreich. Damit ist die laufende beihilfefähige künstliche Befruchtung abgeschlossen.

(2) Aufwendungen für Tiefkühlung und Lagerung von Ei- oder Samenzellen sind im Rahmen einer laufenden beihilfefähigen künstlichen Befruchtung beihilfefähig.

(3) Die Aufwendungen nach Absatz 1 und 2 werden der Person zugeordnet, bei der die jeweilige Einzelleistung durchgeführt wird.

(4) Aufwendungen für folgende Einzelleistungen sind dem Mann zuzuordnen:

1. Maßnahmen im Zusammenhang mit der Untersuchung und Aufbereitung einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens,
2. notwendige Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit Nummer 1,
3. Beratung der Partner über die speziellen Risiken der künstlichen Befruchtung und für die in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung und
4. die Tiefkühlung und die Lagerung von Samenzellen.

(5) Aufwendungen für folgende Einzelleistungen sind der Frau zuzuordnen:

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

4. die Tiefkühlung und die Lagerung von Eizellen.

(6) Aufwendungen für Spendersamen und für seine Bereitstellung sind nicht beihilfefähig.

(7) Aufwendungen für die Gewinnung, die Aufbereitung, die Tiefkühlung und die Lagerung von Ei- oder Samenzellen sowie Ovarial- oder Keimzellgewebe und für die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen (Kryokonservierung) sind in begründeten Einzelfällen als fertilitätsprotektive Maßnahme beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass aufgrund einer Erkrankung beziehungsweise deren notwendiger Behandlung die Kryokonservierung medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können.

§ 53

Ärztliche Früherkennung und Vorsorge sowie Schutzimpfungen

(1) Aufwendungen für Leistungen zur Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig

1. für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes und des Jugendlichen in nicht geringfügigem Maße gefährden nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und zur Jugendgesundheitsuntersuchung, wobei die jeweilige Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach dem in den Richtlinien genannten Zeitraum durchgeführt werden kann,
2. für die Früherkennungsuntersuchung U 10 bei Personen in einem Alter von sieben bis acht Jahren,
3. für die Früherkennungsuntersuchung U 11 bei Personen in einem Alter von neun bis zehn Jahren,
4. für die Früherkennungsuntersuchung J 2 bei Personen in einem Alter von 16 bis 17 Jahren,
5. für eine Gesundheitsuntersuchung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten; diese Aufwendungen sind jedes zweite Kalenderjahr beihilfefähig,

6. für Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen,
7. für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko, wenn die Leistungen entsprechend der Anlage 14 BBhV erbracht werden und
8. für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko, wenn die Leistungen entsprechend der Anlage 15 BBhV erbracht werden.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen, wenn diese notwendig sind, um

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(3) Aufwendungen für Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe sind beihilfefähig, wenn sie aufgrund des Infektionsschutzgesetzes oder von der obersten Gesundheitsbehörde des Landes angeordnet oder empfohlen werden. Die Beihilfestelle kann die Kosten einer Impfung in einer Dienststelle in voller Höhe übernehmen, wenn dies kostengünstiger als die Gewährung von Beihilfe für privatärztliche Einzelimpfungen ist.

(4) Aufwendungen für eine Chemoprophylaxe gegen Malaria sind nicht beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für die folgenden Leistungen sind für Personen mit einem substanziellen Infektionsrisiko beihilfefähig

1. die ärztliche Beratung zu Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV,

2. Arzneimittel für die Präexpositionsprophylaxe und

3. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

(6) Reichen bei gefährdeter Gesundheit Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 nicht aus, kann Beihilfe zu Aufwendungen für qualitätsgeprüfte ambulante Maßnahmen entsprechend § 137d SGB V gewährt werden, die unter ärztlicher Betreuung und Überwachung von Angehörigen der Heilberufe durchgeführt werden.

§ 54

Erste Hilfe und Entseuchung

Aufwendungen für Erste Hilfe und für behördlich angeordnete Entseuchungen sowie die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig.

§ 55

Organspende und andere Spenden

(1) Ist die Empfängerin oder der Empfänger der Spende von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person, sind die folgenden Aufwendungen einer Spenderin oder eines Spenders beihilfefähig:

1. Aufwendungen nach den Abschnitten 2 bis 4,
2. Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe nach § 23,
3. Fahrtkosten nach § 24 und
4. nachgewiesener Ausfall an Arbeitseinkommen.

Zahlt die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber der Spenderin oder des Spenders das Arbeitseinkommen nach § 3a Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes fort, so wird ihr oder ihm auf Antrag das fortgezahlte Entgelt zum Bemessungssatz der Empfängerin oder des Empfängers entsprechend § 3a Absatz 2 Entgeltfortzahlungsgesetz erstattet.

Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Personen, die als Spenderin oder Spender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.

(2) Aufwendungen für postmortale Organspenden sind beihilfefähig, wenn diese nach dem Transplantationsgesetz durchgeführt und abgerechnet werden und die Organempfängerin oder der Organempfänger eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person ist. Die Aufwendungen sind angemessen, wenn sie den Pauschalen entsprechen, die das Bundesinnenministerium nach § 45a Absatz 1 Satz 3 BBhV durch Rundschreiben bekannt gibt.

(3) Aufwendungen für die Registrierung von beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen bei Transplantationszentren oder dem Zentralen Knochenmarkspender-Register für die Suche nach geeigneten Spenderinnen und Spendern sind beihilfefähig.

§ 56 Todesfall

(1) In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, die Einsargung, die Überführung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Beisetzung, die Anlegung der Grabstelle sowie die Grundlage für einen Grabstein eine Pauschale in Höhe von 1 900 Euro gewährt. Daneben sind Aufwendungen für den Sarg, die Urne und für das Nutzungsrecht für einen Beisetzungsplatz beihilfefähig; Aufwendungen für das Nutzungsrecht vor dem Tode gelten als am Todestag entstanden, soweit sie anteilig auf die Zeit ab dem Tode entfallen.

(2) Stehen anlässlich des Todes einer Person Sterbegelder aufgrund von Rechtsvorschriften, arbeitsvertraglichen Regelungen oder aus Zusatzversorgungseinrichtungen zu, die insgesamt den Betrag von 1 500 Euro übersteigen, so ist die Pauschalbeihilfe nach Absatz 1 Satz 1 auf 1 300 Euro zu kürzen. Übersteigen die Sterbegelder 2 700 Euro, so ist die Pauschalbeihilfe auf 700 Euro zu kürzen. Übersteigen die Sterbegelder 3 900 Euro, so wird keine Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 gewährt. Übersteigen die Sterbegelder den Betrag von 4 900 Euro, so sind auch Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht beihilfefähig.

(3) Verbleibt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren im Haushalt und kann dieser beim Tode der den Haushalt allein führenden beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für

eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 23 bis zu sechs Monate, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr beihilfefähig.

(4) Die Ansprüche nach Absatz 1 stehen vorrangig der hinterbliebenen Ehegattin oder dem hinterbliebenen Ehegatten, der hinterbliebenen Lebenspartnerin oder dem hinterbliebenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder den leiblichen Kindern und Adoptivkindern einer verstorbenen beihilfeberechtigten Person zu. Die Beihilfe wird der Person gewährt, die die Originalbelege zuerst vorlegt. Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tag vor dem Tod.

(5) Andere als die in Absatz 4 genannten Personen erhalten Beihilfe nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 3, wenn sie von dritter Seite in Rechnung gestellte Aufwendungen nachweislich bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen.

§ 57

Aufwendungen im Ausland

(1) Im Ausland entstandene Aufwendungen sind nur bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Beihilferechtliche Voraussetzungen, Ausschlüsse und Begrenzungen wie zum Beispiel Höchstbeträge, Pauschalen, Anzahl und Selbstbehalte gelten entsprechend. Bei stationären Krankenhausleistungen ist:

1. bei Indikationen, die in der Bundesrepublik Deutschland anhand diagnosebezogener Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz zu ermitteln wären, die obere Grenze des nach § 10 Absatz 9 KHEntgG vereinbarten einheitlichen Basisfallwertkorridors und das tagesbezogene Pflegeentgelt nach § 15 Absatz 2a KHEntgG mit einem Aufschlag von 10 Prozent anzusetzen,
2. bei Indikationen, die in der Bundesrepublik Deutschland nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) nach § 17d KHG zu ermitteln wären, der Basisentgeltwert nach der jeweils gültigen Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit einem Aufschlag von 10 Prozent anzusetzen und
3. die Summe der Zuschläge nach dem Krankenhausentgeltgesetz in Höhe von 5 Prozent der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 KHEntgG vereinbarten einheitlichen Basisfallwertkorridors anzusetzen.

(2) Folgende Aufwendungen sind ohne Beschränkungen auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland nach Absatz 1 Satz 1 beihilfefähig:

1. Aufwendungen, die bei einer Dienstreise einer beihilfeberechtigten Person entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
2. Aufwendungen, die vor Antritt der Reise als beihilfefähig anerkannt worden sind,
3. Aufwendungen, die 1 000 Euro nicht übersteigen,
4. Aufwendungen einer beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Person, wenn die beihilfeberechtigte Person aufgrund Abordnung oder Zuweisung ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland hat, und
5. Aufwendungen für eine Notfallversorgung in der nächstgelegenen geeigneten Behandlungseinrichtung.

In den Fällen des Satzes 1 Nummer 2 kommt die Anerkennung der Beihilfefähigkeit ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein begründetes medizinisches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. In den Fällen des Satzes 2 Nummer 4 sind die Aufwendungen unter Beachtung der Verhältnisse im Gastland in angemessenem Umfang beihilfefähig.

(3) Die eingereichten Belege sollen den im Inland geltenden Anforderungen, insbesondere bezüglich der Diagnose und der erbrachten einzelnen Leistungen weitestgehend entsprechen. Soweit dies nicht der Fall ist oder die beihilfeberechtigte Person die für den Vergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, soll die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit ganz oder teilweise anerkennen, wenn die beihilfeberechtigte Person mindestens eine Beschreibung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. Eine Übersetzung des Belegs ist bei der beihilfeberechtigten Person anzufordern, wenn sonst eine Diagnose und die ungefähr erbrachten Leistungen nicht hinreichend erkennbar sind.

(4) Rechnungsbeträge in anderer Währung sind mit dem Wechselkurs in Euro umzurechnen, der nachweislich von einer Bank oder ähnlichen Stelle in zeitlichem Zusammenhang mit der Rechnungsstellung oder Bezahlung der geltend gemachten

Aufwendungen zugrunde gelegt wurde. Solange ein solcher Nachweis fehlt, kann bei Berechnung der Beihilfe der Euro-Referenzkurs zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung zugrunde gelegt werden.

§ 58

Aufwendungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland oder in der Schweiz

(1) Folgende in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland oder in der Schweiz entstandene Aufwendungen sind ohne Kostenbeschränkung nach § 57 Absatz 1 Satz 1 beihilfefähig:

1. Aufwendungen für ambulante Behandlungen und
2. Aufwendungen für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern.

Die Kostenbeschränkung nach § 57 Absatz 1 Satz 1 ist jedoch anwendbar, wenn gebietsfremden Personen regelmäßig höhere Preise als ansässigen Personen berechnet werden.

(2) Aufwendungen für stationäre oder ambulante Maßnahmen in Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen, Suchtbehandlungen, Rehabilitationsbehandlungen und Kuren sind nach § 57 beihilfefähig, wenn die Einrichtung im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist.

(3) Aufwendungen für ambulante Heilkuren sind nach § 57 beihilfefähig, wenn sie in anerkannten Heilbädern oder Kurorten durchgeführt werden. Anerkannte Heilbäder und Kurorte sind solche, die das Bundesinnenministerium nach § 35 Absatz 1 Satz 2 BBhV in einer Übersicht durch Rundschreiben bekannt gibt.

§ 59

Aufwendungen außerhalb der Europäischen Union, eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz

(1) Folgende außerhalb der Europäischen Union, eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz entstandene Aufwendungen sind abweichend von § 57 nicht beihilfefähig:

1. ambulante Soziotherapien nach § 14,
2. ambulante sozialmedizinische Nachsorgen nach § 19 Absatz 2,
3. Familien- und Haushaltshilfen nach § 23,
4. Fahrtkosten nach § 24,
5. auswärtige Unterkunft nach § 25,
6. Mütter- oder Vätergenesungskuren oder Mutter- oder Vater- Kind-Kuren nach § 36,
7. künstliche Befruchtungen nach § 52,
8. Entseuchungen nach § 54,
9. Organspenden und andere Spenden nach § 55 und
10. ambulante Heilkuren nach § 36, insoweit Absatz 2 nicht anwendbar ist.

(2) Aufwendungen für ambulante und stationäre Anschlussheil-, Sucht- oder Rehabilitationsbehandlungen nach den §§ 32 bis 35 sowie für ambulante Heilkuren nach § 36 sind nur beihilfefähig, wenn die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein begründetes medizinisches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union, eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz zwingend notwendig ist, weil

hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. Anerkannte Heilbäder und Kurorte sind solche, die das Bundesinnenministerium nach § 35 Absatz 1 Satz 2 BBhV in einer Übersicht durch Rundschreiben bekanntgibt. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, sind folgende von einer Pauschalabrechnung umfasste oder einzeln in Rechnung gestellte Aufwendungen ohne Kostenvergleich nach § 57 Absatz 1 Satz 1 beihilfefähig

1. ärztliche Leistungen nach § 10,
2. psychotherapeutische Leistungen nach § 12,
3. Heilbehandlungen nach § 16,
4. Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen nach § 20,
5. Fahrtkosten nach § 24, es sei denn, die Fahrt steht im Zusammenhang mit einer ambulanten Heilkur nach § 36,
6. Kurtaxe,
7. Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 Euro pro Tag (und Person), begrenzt auf eine Dauer von höchstens 30 Tagen und
8. Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 7 und 8 einer medizinisch notwendigen Begleitperson.

§ 59 Absatz 2 Nummer 8 setzt voraus, dass die zu begleitende Person über einen Ausweis für schwerbehinderte Menschen mit dem Merkzeichen „B“ verfügt oder von einer oder einem nicht mit der Einrichtung verbundenen Ärztin oder Arzt bescheinigt wird, dass eine Begleitung medizinisch notwendig ist. Im Falle der Behandlung eines Kindes unter zwölf Jahren wird die medizinische Notwendigkeit der Begleitung unterstellt.

Abschnitt 7

Berechnung und Umfang der Beihilfe

§ 60

Berechnung der Beihilfe

(1) Die Beihilfe berechnet sich aus den Aufwendungen, für die eine Beihilfe geltend gemacht wird. Die geltend gemachten Aufwendungen sind auf die nach § 5 beihilfefähigen Aufwendungen sowie auf etwaige Höchstbeträge zu begrenzen und um Selbstbehalte zu mindern (tatsächlich beihilfefähige Aufwendungen). Die tatsächlich beihilfefähigen Aufwendungen werden um die Abzüge nach § 7 Absatz 4, § 8 Absatz 3 sowie § 9 Absätze 3 und 4 gemindert und mit dem Bemessungssatz nach § 61 multipliziert (berechnete Beihilfe). Die Summe der berechneten Beihilfe wird um die Kostendämpfungspauschale nach § 78 Absatz 2a LBG sowie den Differenzbetrag nach § 62 gemindert und festgesetzt (festgesetzte Beihilfe).

(2) Abweichend von Absatz 1 ist eine Beihilfe nach §§ 39 bis 44 Absätze 1 und 2, §§ 45 bis 49, § 50 Absatz 2, § 55 und § 56 Absatz 1 Satz 1 von der Kostendämpfungspauschale nach § 78 Absatz 2a LBG ausgenommen.

§ 61

Bemessungssatz

(1) Der Bemessungssatz beträgt für

- | | |
|--|-------------|
| 1. beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 sowie für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer | 50 Prozent, |
| 2. beihilfeberechtigte Personen sowie entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern | 70 Prozent, |
| 3. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die als solche beihilfeberechtigt sind | 70 Prozent, |

4. berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten oder berücksichtigungsfähige Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz 70 Prozent,
5. entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen aufgrund einer weiteren, nach § 4 Absatz 1 Nummer 3 ausgeschlossenen Beihilfeberechtigung ein Beihilfebemessungssatz in Höhe von 70 Prozent zustehen würde 70 Prozent,
6. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind 80 Prozent.

Der Bemessungssatz nach Satz 1 Nummer 2 vermindert sich beim Wegfall von Kindern nach § 3 Absatz 2 nicht, wenn drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig waren.

(2) Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt, zu dem der Beihilfeanspruch nach § 6 entsteht.

(3) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen:

1. nach § 23 und § 56 Absatz 3 als Aufwendungen des jüngsten verbleibenden Kindes,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten, sofern mehrere Personen begleitet werden, als Aufwendungen der begleiteten Person mit dem höheren Bemessungssatz,
3. eines nach § 34 Absatz 7 einzubindenden Familienangehörigen als Aufwendungen des Kindes,
4. nach § 50 Absatz 1 als Aufwendungen der Mutter und

5. nach § 53 Absatz 1 Nummern 7 und 8 in Indexfällen als Kosten der erkrankten Person. In Fällen prädiktiver Gentests gelten die Aufwendungen der Indexpatienten als Aufwendungen der gesunden ratsuchenden Person.

(4) Für die tatsächlichen beihilfefähigen Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Regelleistungen auf Dauer eingestellt worden sind, erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozent, jedoch höchstens auf 90 Prozent. Satz 1 gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummern 1 bis 4 SGB V erfüllt und eine Aufnahme in den Standardtarif oder Basistarif sowie die Streichung des Risikoausschlusses gegen Risikozuschlag nicht zu zumutbaren Bedingungen möglich ist. Der Ausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein. Ein individueller Ausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn:

1. die Krankenversicherung in ihrem Tarif für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsieht oder die Versicherungsbedingungen Tatbestände wie Suchtkrankheiten, Aufwendungen, für die anderweitige Ansprüche, insbesondere nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch bestehen, vom Versicherungsschutz ausnehmen oder
2. der Leistungsausschluss nur bezüglich einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt.

Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen oder für die wegen Verzug bei den Beitragszahlungen keine Leistungen gewährt werden.

Regelleistungen sind auf Dauer eingestellt, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit aus einer ausreichenden Versicherung nach den Versicherungsbedingungen für immer vollständig eingestellt wurden, im Ergebnis insoweit ein nachträglicher Versicherungsausschluss eintritt.

Regelleistungen sind nicht eingestellt, wenn sie nur zeitweilig entfallen, weil beispielsweise ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Anzahl von Behandlungen in einem bestimmten Zeitraum überschritten wurde oder wenn nach beginnender Pflegebedürftigkeit Leistungen aus der Krankenversicherung eingestellt werden.

(5) Bei freiwillig versicherten Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenversicherung nach § 4 Absatz 2 SGB V einschließlich familienversicherter Personen erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent. Satz 1 gilt nicht, wenn keine Kassenleistung oder nur eine geringere als die übliche Kassenleistung gewährt wird, insbesondere wegen eines Wahltarifs mit Selbstbehalt. Dabei sind Aufwendungen für Krankenhausleistungen einschließlich belegärztlicher Leistungen oder Wahlleistungen nach Abschnitt 3 dieser Verordnung sowie Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen nach Abschnitt 4 dieser Verordnung als Einheit anzusehen. Hiervon sind jedoch Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe nach § 23 und für Fahrtkosten nach § 24 ausgenommen.

(6) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung zu nach den §§ 39, 40 Absatz 1 Satz 1, Absätze 2 bis 4, §§ 41 bis 44 Absätze 1 und 2 sowie §§ 45 bis 49 tatsächlich beihilfefähigen Aufwendungen grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent. Soweit die beihilfefähigen Aufwendungen die jeweiligen vollen Höchstbeträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch übersteigen, ist Absatz 1 anzuwenden.

(7) Für eine Beihilfe nach § 29 Absatz 2, § 50 Absatz 2 und § 56 Absatz 1 Satz 1 beträgt der Bemessungssatz 100 Prozent.

§ 62

Anrechnung von Leistungen Dritter

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen Dritter die Summe der Rechnungsbeträge nicht übersteigen. Deshalb ist ein Differenzbetrag zu bilden, wenn die Summe aus berechneter Beihilfe und aus demselben Anlass gewährten Leistungen Dritter größer ist als die Summe der Rechnungsbeträge. Der Differenzbetrag ergibt sich aus der Subtraktion der Summe der Rechnungsbeträge von der Summe aus berechneter Beihilfe und aus demselben Anlass gewährten Leistungen Dritter. Für die Berechnung des Differenzbetrags werden ausschließlich Rechnungen zugrunde gelegt, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. Ansprüche auf Leistungen Dritter werden auch berücksichtigt, wenn sie nicht geltend gemacht werden. Leistungen Dritter sind Leistungen aus einer Kranken- und Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder aus Ansprüchen aus arbeitsvertraglichen Vereinbarungen.

(2) Sterbegelder, Wohngelder, Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- und Pflegetagegeldversicherungen, aus nicht aufwendungsbezogenen Kapitalversicherungen sowie Ansprüche nach § 1968 Bürgerliches Gesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung werden nicht berücksichtigt. Bei Pauschalen nach § 40 Absätze 2 und 4 und § 44 Absatz 2, § 47 Satz 3 sowie § 50 Absatz 2 sind Aufwendungen in Höhe des Pauschalbetrags zugrunde zu legen. Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für die Beihilfen nach § 56 Absätze 1 und 2.

(3) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen Dritter sind durch Belege nachzuweisen. Wenn die Leistungen aus einer privaten Kranken- oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem für alle Aufwendungen einheitlich hohen Prozentsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht mehr erforderlich. In diesem Fall werden die Leistungen der Versicherung nach diesem Prozentsatz aus der Summe der Rechnungsbeträge errechnet, es sei denn, eine geringere Leistung wird nachgewiesen. Gleiches gilt für Leistungen nach § 28 Absatz 2 SGB XI.

§ 63 Härtefall

(1) Bei Anlegung eines strengen Maßstabs kann in besonderen Härtefällen mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde und nur im Einvernehmen mit dem Finanzministerium für Aufwendungen nach § 78 LBG ausnahmsweise abweichend von den in dieser Verordnung genannten Voraussetzungen Beihilfe gewährt werden. Dies gilt für die in § 5 Absatz 9 genannten Fälle entsprechend. Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen, die ausdrücklich von der Beihilfefähigkeit ausgenommen oder der Betragshöhe nach begrenzt sind. Eine zeitlich oder nach Anzahl begrenzte Beihilfefähigkeit darf mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde um höchstens dieselbe Dauer verlängert oder um höchstens dieselbe Anzahl erhöht werden. Voraussetzung ist außerdem, dass die fraglichen Aufwendungen unbedingt notwendig sind und 10 Prozent des laufenden in § 2 Absatz 2 genannten Bruttomonatsbezugs, mindestens 360 Euro, übersteigen.

(2) Bei Anlegung eines strengen Maßstabs kann der Bemessungssatz in besonderen Härtefällen, insbesondere wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind, erhöht werden.

Abschnitt 8

Verfahrensvorschriften

§ 64

Verfahren

(1) Beihilfe wird auf Antrag der beihilfeberechtigten Person gewährt, sofern nicht anderweitig geregelt. Der Antrag ist in Schriftform einzureichen. Hierfür sind im Bereich der Landesverwaltung die vom Finanzministerium, im übrigen Bereich die vom Finanzministerium oder der Beihilfestelle bekanntgegebenen Formblätter zu verwenden. Die Beihilfestelle kann die elektronische Antragstellung sowie Kommunikationsmöglichkeiten nach § 3a Landesverwaltungsverfahrensgesetz (LVwVfG) zulassen und die dafür erforderlichen Standards festlegen.

(2) Die Beihilfestelle kann medizinische Gutachten einholen. Soweit im Verwaltungsverfahren medizinische Gutachten ohne Bezeichnung der Gutachtenstelle vorgesehen sind, soll ein amtsärztliches Zeugnis des Gesundheitsamts eingeholt werden, das bezüglich des anzugebenden Zwecks ausreichend begründet sein muss. Die Beihilfestelle kann stattdessen andere Stellen oder Personen zur Begutachtung benennen.

(3) Beihilfe wird nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Steht mehreren Personen zu denselben Aufwendungen Beihilfe zu, so wird Beihilfe nur der Person gewährt, welche die Originalbelege zuerst vorlegt.

(4) Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege unmittelbar bei der Beihilfestelle nach Absatz 5 vorzulegen. Die Beihilfestelle soll die Angaben zur Beihilfeberechtigung und zur Berücksichtigung nach den §§ 2 bis 4 mit den für die Bezüge maßgeblichen Daten abgleichen. Die Beihilfestelle darf bei begründeten Zweifeln an der Echtheit eines Belegs die erforderliche Auskunft unmittelbar bei der ausstellenden Person oder Stelle einholen.

(5) Als Beihilfestellen entscheiden, soweit in Rechtsvorschriften oder von den obersten Dienstbehörden nichts anderes bestimmt ist:

1. die obersten Dienstbehörden über die Beihilfeanträge ihrer Bediensteten und der Leiterinnen oder der Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,

2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden über die Beihilfeanträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs und
3. die Versorgungsbezüge auszahlende Stelle über die Beihilfeanträge der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger.

(6) Der Beihilfebescheid kann vollständig durch automatische Einrichtungen erlassen werden, sofern kein Anlass dazu besteht, den Einzelfall durch Amtsträgerinnen oder Amtsträger zu bearbeiten. Bei Entscheidungen mit einem Ermessens- oder Beurteilungsspielraum besteht stets Anlass für eine Bearbeitung durch Amtsträgerinnen oder Amtsträger.

(7) In automatisierten Zahlungsverfahren soll die festgesetzte Beihilfe grundsätzlich auf das Bezügekonto überwiesen werden. Abweichende Zahlungswege sind zu überwachen. Barauszahlungen und Überweisungen auf Zweitkonten sind nicht zulässig. Nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person ist die Beihilfe für Aufwendungen, welche bis zum Tod der beihilfeberechtigten Person entstanden sind, auf das Bezügekonto zu zahlen. Ein abweichendes Konto kann nur von derjenigen Person bestimmt werden, die gemäß Erbschein, Testamentsvollstreckerzeugnis oder Ausfertigung oder beglaubigter Abschrift einer letztwilligen Verfügung nebst zugehöriger Eröffnungsniederschrift als Erbin, Erbe, Testamentsvollstreckerin oder Testamentsvollstrecker bezeichnet wird. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht für die Beihilfe nach § 56 Absatz 1 sowie für Beihilfe an Personen nach § 2 Absatz 2 Satz 3.

(8) Die Beihilfestelle kann auf eine zu erwartende Beihilfe angemessene Abschlagszahlungen leisten.

(9) Auf Antrag kann Beihilfe zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel nach § 47 Satz 1 2. Alternative wie zum Beispiel einen Hausnotruf und für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 47 Satz 3 in gleichbleibender Höhe regelmäßig wiederkehrend gewährt werden, wenn die beihilfeberechtigte Person sich in dem Antrag verpflichtet,

1. der Beihilfestelle jede Änderung in den beihilferelevanten Sachverhalten unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen und
2. den Beihilfeanspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten.

Die Beihilfestelle hat spätestens zwölf Monate nach Festsetzung zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Weitergewährung der Beihilfe weiterhin vorliegen.

(10) Nur solche Originalbelege, deren Vorlage vorgeschrieben oder ausdrücklich verlangt worden ist, werden zurückgegeben. Sie können vor der Rückgabe von der Beihilfestelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich gemacht werden. Andere Belege kann die Beihilfestelle einbehalten.

(11) Für eine vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist die Beihilfestelle zuständig. Ist eine vorgeschriebene vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn die beihilfeberechtigte Person ohne Verschulden und nicht lediglich aus Unkenntnis verhindert war, die Anerkennung zu beantragen und die Antragstellung innerhalb eines Monats nach Wegfall des Hindernisses nachgeholt worden ist. Im Übrigen gilt § 32 LVwVfG entsprechend.

(12) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die beihilfeberechtigte Person sie vor Ablauf der beiden Kalenderjahre beantragt hat, die auf das Jahr des Entstehens der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung folgen. Abweichend von Satz 1 ist bei der Beihilfe nach § 40 Absätze 2 und 4 sowie der Pauschale nach § 29 Absatz 2 jeder Pflege-tag, der Pauschale nach § 50 Absatz 2 der Tag der Geburt oder der Annahme als Kind für den Beginn der Frist maßgebend. Die Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn Adressat der Rechnung nicht die beihilfeberechtigte Person selbst, sondern eine andere Kostenschuldnerin oder ein anderer Kostenschuldner ist. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.

§ 65

Datenschutz

(1) Personenbezogene Daten in Beihilfeangelegenheiten werden nach Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe b Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit § 15 Absatz 2 Landesdatenschutzgesetz und § 78 LBG verarbeitet. Sie sind in einer von der übrigen Personalverwaltung unabhängigen, getrennten Beihilfestelle zu bearbeiten. Die Trennung muss durch organisatorische Regelungen und technische Zugriffssperren gewährleistet sein. Die Beihilfestelle darf Beihilfeangelegenheiten nur für solch andere Stellen erledigen oder durch andere Stellen erledigen lassen, die zusichern, dass sie diese Datenschutzvorschriften beachten.

(2) Beihilfedaten und Beihilfeakten sollen im Schriftverkehr zur Vermeidung von Fehlleitungen und zur Wahrung besonderer Vertraulichkeit eindeutig als solche und nicht lediglich als Personaldaten oder Personalakten bezeichnet werden. Sind bei Auskunftersuchen nicht eindeutige Bezeichnungen verwendet, ist bis zur ausdrücklichen Klarstellung in jedem Einzelfall davon auszugehen, dass Beihilfedaten und Beihilfeakten nicht angesprochen sind.

(3) Vorschriften über die Einhaltung des Dienstwegs sind in Beihilfeangelegenheiten nicht anzuwenden.

(4) Ein gegebenes Einverständnis zur Einholung von erforderlichen Auskünften bei Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, sowie bei Versicherungen und anderen Kostenträgern kann von der Beihilfestelle nur insoweit als Grundlage für Auskunftersuchen verwendet werden, als sich das Einverständnis zweifelsfrei auf den konkreten Sachverhalt erstreckt. Das Gleiche gilt bei Vorliegen einer Entbindung von der Schweigepflicht. Auskunftersuchen zur Krankheitsgeschichte und zur Bewertung der Schwierigkeit ärztlicher Leistungen soll die Beihilfestelle auch bei vorliegendem Einverständnis nicht direkt an die Behandlerin oder den Behandler richten.

(5) Enthalten Belege Informationen, um ergänzende Daten zu diesem Beleg von einem elektronischen System oder einer anderen Quelle zu erhalten, darf die Beihilfestelle diese ergänzenden Daten automatisiert abrufen. Es ist darauf zu achten, dass die Daten datenschutzkonform direkt in die Systeme der Beihilfestelle übermittelt werden.

(6) Bei der Veranschlagung und Anforderung von Haushaltsmitteln für Beihilfe ist darauf zu achten, dass Rückschlüsse auf einzelne Beihilfeberechtigte nicht möglich sind. Gleiches gilt für die Haushaltsrechnung.

(7) Schriftliche Unterlagen in Beihilfeangelegenheiten sollen unverzüglich ausgesondert und vernichtet werden, wenn die Daten für die vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist durch automatisierte Datenverarbeitung gespeichert sind.

§ 66

Übergangsvorschriften

(1) § 62 Absätze 1 und 3 gelten nicht für Personen, die mindestens seit 1. Januar 1985 in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind,

hinsichtlich der Leistungen aus diesem Tarif, solange sie diesen Tarif beibehalten und nicht zu zumutbaren Bedingungen einen restkostendeckenden Prozenttarif abschließen können. § 61 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die Gemeinden, Landkreise und der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts können die nach den vorstehenden Bestimmungen zu leistende Beihilfe auch durch ein Versicherungsunternehmen ganz oder teilweise auszahlen lassen, wenn sie bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung entsprechend verfahren. Sie haben etwaige Unterschiedsbeträge auszugleichen und bleiben Leistungsschuldner.

(3) Werden Regelungen des Bundesinnenministeriums geändert, die nach dieser Verordnung anzuwenden sind, gelten die Änderungen auch im Rahmen dieser Verordnung, soweit das Finanzministerium nicht anderes bestimmt. Gleiches gilt für Beträge nach §§ 38 bis 49, wenn im Bereich des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechende Beträge in vergleichbaren Vorschriften geändert werden. Die Beträge nach § 43 werden bei Anpassungen der Beträge nach § 40 Absatz 2 neu berechnet und gelten ab dem Zeitpunkt der Anpassung der Beträge nach § 40 Absatz 2. Das Finanzministerium gibt das Ergebnis der Berechnung im Gemeinsamen Amtsblatt des Landes Baden-Württemberg bekannt.

(4) Wird eine zahnimplantologische Behandlung vor dem 1. Januar 2026 begonnen und im Kalenderjahr 2026 fortgeführt, gilt die Beihilfeverordnung in der am 31. Dezember 2025 geltenden Fassung weiterhin. § 11 in der ab dem 1. Januar 2026 geltenden Fassung ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Sätze 1 und 2 gelten nicht, sofern die zahnimplantologische Behandlung mehr als zwei Implantate je Kieferhälfte einschließlich bereits vorhandener Implantate umfasst, oder die Aufwendungen nach dem 1. Januar 2027 entstehen. Als Behandlungsbeginn gilt das Datum der Erstellung des Heil- und Kostenplans für die zahnimplantologische Behandlung. Liegt der Beihilfestelle kein Heil- und Kostenplan für die zahnimplantologische Behandlung vor, gilt die erstmalige Erbringung einer Leistung nach Abschnitt K der Anlage 1 GOZ als Behandlungsbeginn.

(5) Wird eine ärztliche Leistung nach § 52 vor dem 1. Januar 2026 begonnen, gilt weiterhin die Beihilfeverordnung in der am 31. Dezember 2025 geltenden Fassung auf alle mit dieser Leistung in Zusammenhang stehenden von der Beihilfestelle anerkannten Behandlungsversuche nach § 52 Absatz 1 Sätze 2 bis 6, die ab 1. Januar 2026 erbracht werden.

§ 67

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag/Monat/Jahr in Kraft. Gleichzeitig tritt die Beihilfeverordnung vom 28. Juli 1995 (GBl. S. 561), die zuletzt durch Artikel 21 des Gesetzes vom 17. Dezember 2024 (GBl. 2024, Nr. 114 S. 17) geändert worden ist, außer Kraft.

Stuttgart, den TT. Monat JJJJ

Anlage 1

(zu § 15)

Heilpraktische Leistungen

	Leistungsübersicht	Höchstbetrag
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 <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 2a ist nur einmal pro Behandlungsfall beihilfefähig. Als Behandlungsfall gilt der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme der heilpraktischen Leistung für die Behandlung derselben Erkrankung.</i>	80,00 €
2b	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 2b ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</i>	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin oder des Heilpraktikers	3,00 €
4	Eingehende das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 4 ist nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50 €

5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig. Als Behandlungsfall gilt der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme der heilpraktischen Leistung für die Behandlung derselben Erkrankung.</i>	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €
7	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch bei Nacht zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach den Nummern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und die Patientin oder 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 die Heilpraktikerin oder der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	20,00 €
9	Hausbesuch <u>einschließlich Beratung</u>	
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 Kilometer bei Tag von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00 €
10.6	für jeden zurückgelegten Kilometer bei Nacht von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00 €
10.7	Bei einem Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort pro Kilometer <i>Anmerkung: Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet.</i> <i>Besucht die Heilpraktikerin oder der Heilpraktiker mehrere Patientinnen oder Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>	0,20 €

10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als sechs Stunden dauert, so kann die Heilpraktikerin oder der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin oder 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 oder des Patienten	5,00 €
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	15,00 €
	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie) Schriftliche gutachterliche Äußerung	16,00 €
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	8,00 €
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen	
12.1	Harnuntersuchung qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i>	3,00 €

12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, zum Beispiel Zucker)	4,00 €
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	4,00 €
12.7	Blutstatus (nicht neben den Nummern 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, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse) 1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit einschließlich Blutentnahme	3,00 €

12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i> <i>Beihilferechtliche Ausschlüsse und Einschränkungen, insbesondere nach § 5 Absätze 1 und 2 sind zu beachten.</i>	6,00 €
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	7,00 €
13	Sonstige Untersuchungen	
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, zum Beispiel pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach zum Beispiel v. Bremer und Enderlein <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €
14	Spezielle Untersuchungen	
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1, 4 oder 14.2 berechnet werden.</i>	8,00 €
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 14.2 berechnet werden.</i>	8,00 €

14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00 €
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00 €
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00 €
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00 €
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00 €
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00 €
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.9 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder 4 berechnet werden.</i>	8,00 €
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessungen	9,00 €
17	Neurologische Untersuchungen	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00 €
20	Atemtherapie, Massagen	

20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00 €
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenzmassage	6,00 €
20.3	Bindegewebssmassage	6,00 €
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00 €
20.5	Großmassage	6,00 €
20.6	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00 €
	Sondermassa- gen Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebssmassage, 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 <i>Anmerkung: Beihilferechtliche Ausschlüsse und Einschränkungen insbesondere nach § 5 Absätze 1, 2 und Absatz 6 sind zu beachten.</i>	23,00 €
22	Inhalationen	
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin oder dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaturen in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00 €
24	Eigenblut	
24.1	Eigenblutinjektion <i>Anmerkung: Beihilferechtliche Ausschlüsse und Einschränkungen insbesondere nach § 5 Absätze 1 und 2 sind zu beachten.</i>	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 €

25.7	Infusion	8,00 €
25.8	Dauertropfinfusion	12,50 €
26	Blutentnahmen	
26.1	Blutentnahme	3,00 €
26.2	Aderlass <i>Anmerkung: Beihilferechtliche Ausschlüsse und Einschränkungen insbesondere nach § 5 Absätze 1 und 2 sind zu beachten.</i>	12,00 €
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren	
27.1	Setzen von Blutegeln, gegebenenfalls einschließlich Verband	5,00 €
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00 €
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00 €
27.5	Schröpfkopfmassage einschließlich Gleitmittel	5,00 €
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	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 Abszesse	
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	10,00 €

34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Diese Leistung ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	17,00 €
35	Osteopathische Behandlung	
35.1	des Unterkiefers	11,00 €
35.2	des Schultergelenkes und der Wirbelsäule	21,00 €
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00 €
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00 €
35.5	des Daumens	10,00 €
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00 €
36	Hydro- und Elektrotherapie, medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00 €
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00 €

36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00 €
36.4	Kneippsche Güsse	4,00 €
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, z.B. Kopf oder Arm	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, z.B. Rumpf oder Beine	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
38	Spezialpackungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00 €
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00 €
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00 €
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00 €

39	Elektro-physikalische Heilmethoden	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten <i>Anmerkung: Beihilferechtliche Ausschlüsse und Einschränkungen insbesondere nach § 5 Absätze 1 und 2 sind zu beachten.</i>	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 § 21 Absatz 1 und § 47)

Beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie digitale Gesundheitsanwendungen

Nr.	Beschreibung
1	Absauggerät, zum Beispiel bei Kehlkopferkrankung
2	Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände - Universalhalter zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme
3	Alarmgerät für Personen mit Epilepsie
4	Anzieh- und Ausziehhilfen
5	Armunterstützungssysteme

6	Aufstehhilfen und -vorrichtungen - Aufrichthilfen - Aufstehgestelle - Katapultsitze
7	Auftriebshilfe
8	Autokindersitz mit individueller schwerbehindertengerechter Ausstattung, soweit die Aufwendungen 76 Euro übersteigen
9	Badewanneneinsätze - Badeliegen - Badewannenverkürzer
10	Badewannensitz und -brett bei einer Unmöglichkeit des sicheren Sitzens oder des Hinsetzens in der Badewanne
11	Ballspritze

12	Bandagen - Claviculabandagen - Beinbandagen zur Kompression - Brustbandagen - Daumensattelgelenkbandagen - Ellenbogenbandage - Handgelenkbandagen - Kniebandagen - Lumbalbandagen - Mittelfuß- und Spreizfußbandagen - Mittelhandbandagen - Rippenbruchbandagen - Schultergelenkbandagen - Sprunggelenkbandagen - Symphysenbandagen und -gürtel
13	Behindertenfahrrad ohne eine elektromotorische Unterstützung, soweit die Aufwendungen 300 Euro übersteigen
14	Behindertenfahrrad mit einer elektromotorischen Unterstützung, soweit die Aufwendungen 600 Euro übersteigen
15	Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
16	Bettaufrichthilfen - Aufrichteschlaufen - Bettgalgen - Strickleitern

17	Blindenhilfsmittel - Blindenführhund, einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb - Blindenhilfsmittel zur Informationsverarbeitung und Informationsausgabe wie DAISY-Abspielgeräte, Elektronische Systeme zur Produkterkennung, Farberkennungsgeräte auch bei hochgradiger Sehbehinderung - Blindenlangstock, Blindenstock, Blindentaststock - Blindenleitgeräte wie elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität - Geräte zum Prägen von Brailleschrift sowie mechanische Schreibhilfen - Geräte zur Schriftumwandlung und Lesehilfen auch bei starker Sehbehinderung - Mobilitätstraining zur Verwendung eines Hilfsmittels nach Spiegelstrich 1 bis 3 bis zu einer Höhe, die einer Vereinbarung nach § 127 Absatz 1 SGB V mit einer Krankenkasse nach § 4 Absatz 1 SGB V entspricht - Schutzbrille für Blinde
18	Blutgerinnungsmessgerät
19	Blutlanzette
20	Blutzuckermessgerät
21	Büstenhalter für Brustprothesenträgerinnen, soweit die Aufwendungen 20 Euro übersteigen
22	Cochlea-Implantate

23	Darmspülsysteme - Darmrohr - Klyso - pumpabhängige Spülsysteme
24	Defibrillatorweste
25	Dekubitus-Schutz-Mittel - Auf- und Unterlagen für das Bett - Auf- und Unterlagen für den Rollstuhl - Keile - Kissen - Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße - Spezialmatratzen
26	Diabetesadaptierte Fußbettung
27	Digitale Gesundheitsanwendungen nach dem Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den digitalen Gesundheitsanwendungen vom 6. Oktober 2020 (BAnz AT 09.11.2020 B4) in der jeweils geltenden Fassung, ausgenommen sind dafür notwendige Endgeräte
28	Druckbeatmungsgeräte

29	Duschhilfen - Duschhocker - Duschliesen - Duschsitz - Duschstuhl
30	Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse
31	Einlagen, sensomotorisch oder propriozeptiv, wenn ein orthopädischer Zweck, regelmäßig die Behandlung angeborener oder erworbener Form- und Funktionsfehler des Bewegungsapparates, als individuelles Behandlungsziel angestrebt wird
32	Ekzem-Manschette
33	Elektromobile bis zum Höchstbetrag von 2 600 Euro
34	Elektrostimulationsgeräte - Geräte zur funktionellen Elektrostimulation - Geräte zur Hyperhidrosisbehandlung - Geräte zur Inkontinenzbehandlung - Geräte zur Muskelstimulation bei muskulärer Inaktivitätatropie oder partieller Fußheberlähmung - Geräte zur Schmerzbehandlung
35	Ernährungssonde und -pumpe

36	Fersenschutzkissen, -polster, -schale, und -schoner
37	Fixiersysteme für Personen
38	Gehgipsgalosche
39	Gehhilfen - Deltaräder - Gehgestelle - Gehwagen - Hand- und Gehstöcke - Rollatoren - Unterarmgeh- und Achselstützen
40	Geräte und Systeme zum Kontinenztraining - Inkontinenzalarmgeräte - Pessare - Vaginaltampons
41	Geräte und Systeme zum Training der Beckenbodenmuskulatur bei Inkontinenz - Bio-Feedback-Trainingsgeräte - Sphinkter-Trainingsgeräte - Trainingsgewichte

42	Geräte zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung - CGM-Systeme - FGM-Systeme
43	Gipsbett, Liegeschale
44	GnRH-Pumpe im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung
45	Greifhilfen - Greifzangen - Helfende Hand - Universalgriffe
46	Heimdialysegerät
47	Herz-Atmungs-Überwachungsgerät oder -monitor
48	Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät und Schutzbandage
49	Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie - Hilfsmittel zur Sekretabscheidung - Stimmersatzhilfen bei Laryngektomie - Trachealkanülen

50	Hilfsmittel und Geräte zur Kompressionstherapie - Hilfsmittel zur Narbenkompression - Kompressionsarmstrümpfe - Kompressionsstrümpfe - Lymphödem-Kompressionsbandagen - Wechseldruckgerät
51	Hilfsmittel zur Versorgung einer Hernie - Bruchbänder - Nabelbruchbänder - Suspensorien
52	Hörgeräte - C.R.O.S.-Geräte - Hörbrille - drahtlose Hörhilfe - HdO- und Im-Ohr-Geräte - Hör-Sprachtrainer - Infrarot-Kinnbügel-Hörer - Otoplastik - Taschengeräte
53	Infusionsbesteck oder -gerät, einschließlich der notwendigen Infusionsständer und -halter

54	Inhalations-und Atemtherapiegeräte, ausgenommen Luftbefeuchter, -filter und -wäscher - Aerosolinhalationsgeräte - Atemtherapiegeräte zur Schleimlösung wie Abklopfgeräte, In-/Exsufflatoren, PEP-Maskensystem - CPAP-Geräte zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen - Druckbeatmungsgeräte - Sauerstofftherapiegeräte
55	Inkontinenzartikel bei Blasen- oder Darminkontinenz - Ballonkatheter - Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen - Inkontinenzvorlagen - Katheter - Urinbeutel - Urinalbandagen
56	Insulinapplikationshilfen - Insulindosiergerät - Insulininjektor - Insulinpumpe
57	Kiefermuskeltrainer
58	Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation

59	Kommunikationshilfen bei Einschränkungen der kognitiv-sprachlichen Funktionen, der Stimm- oder der Sprechfunktion oder eine Kombination aus diesen - behindertengerechte Hardware zur Eingabeunterstützung - behindertengerechte Software - dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe - einfache Kommunikationshilfen - Sprachverstärker - statische Systeme mit Sprachausgabe
60	Kopfschutzsysteme bei Sturzgefährdung zum Beispiel aufgrund einer Epilepsie oder unvermittelt eintretenden Spastiken - Kopfschutzbandage - Kopfschutzhelm
61	Körperersatzstücke - Ektoprothesen - Epithesen - Prothesen
62	Lagerungshilfen - Armlagerungsplatten bei Parese - Beinlagerungshilfen - Lagerungskeile - Lagerungsliegen, ausschließlich bei cystischer Fibrose oder Mukoviszidose - Lagerungssysteme bei Kindern - Sitzringe

63	Leibbinden, ausgenommen Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
64	Lesehilfen - Blattwendegerät - Blattwendestab - Leseständer - Mundstab
65	Lifter - Bad-Helfer - Badewannenlifter - Krankenheber - Krankenlifter - Multilift
66	Milchpumpe
67	Mobile Auffahrrampen für Rollstühle und Gehhilfen
68	Neurodermitis-Overall für Personen bis zum Alter von elf Jahren (zwei Stück je Kalenderjahr und bis zu 80 Euro je Overall)
69	Orthese, Orthoprothese, (Korrektur-) Schienen, Korsetts sowie Haltemanschetten

70	Orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 25 Euro je Schuh übersteigen - orthopädische Badeschuhe - orthopädische Hausschuhe - orthopädische Interimsschuhe - orthopädische Sportschuhe - orthopädische Straßenschuhe
71	Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen
72	Peak-Flow-Meter
73	Perücke oder Toupet bei entstellendem partiellen Haarausfall, bei verunstaltenden Narben oder bei totalem oder sehr weitgehendem Haarausfall Die Aufwendungen sind auf einen Höchstbetrag von 1 250 Euro bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, von 1 000 Euro ab Vollendung des 18. Lebensjahres je Kalenderjahr begrenzt. Regelmäßig wird eine Höchsttragedauer von einem Jahr angenommen.
74	Pflegebett oder Pflegebettrost bei häuslicher Pflege nach den §§ 40, 41 oder 43 Satz 1, insgesamt höhenverstellbar
75	Pulsoxymeter
76	Reha-Buggy Bei Kindern bis zum Alter von fünf Jahren nur, soweit die Aufwendungen 200 Euro überschreiten.

77	Rollstühle (handbetrieben oder elektrisch) einschließlich gegebenenfalls notwendiger Zugvorrichtungen
78	Schede-Rad
79	Schieltherapeutika - Augenschielklappe - Okklusionsfolie - Okklusionspflaster
80	Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe, eine gleichzeitige Versorgung mit einem CPAP-Gerät ist ausgeschlossen
81	Schreibhilfen - Fußschreibhilfen - Kopfschreibhilfen - Schreibgriffe
82	Signalanlagen für gehörlose oder hochgradig schwerhörige Personen
83	Sitzhilfen - Arthrodesensitzkissen - Arthrodesenstuhl - Sitzschale, einschließlich notwendiger Fahrgestelle
84	Spastikerhilfen, auch Gymnastik- und Übungsgeräte

85	Spezialschuhe für Diabetiker, soweit die Aufwendungen 25 Euro je Schuh übersteigen
86	Spreizhose, Spreizbandage, Spreizschale, Spreizwagenaufsatz
87	Spritzen und Kanülen
88	Stehhilfe - Schrägliegebretter - Stehstände
89	Stehübungsgerät - Stehbett - Stehbrett - Stehgerät - Stehstände
90	Stomaversorgungsartikel - Anus-Praeter-Versorgungsartikel - Sphinkter-Plastik - Stomabeutel

91	Therapeutisches Bewegungsgerät - Beintrainer - Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle - Kniebewegungstrainer - Rollbretter - Schulterbewegungstrainer - Übungsschienen
92	Therapieketete bei Schädigung der neuromuskuloskeletalen und bewegungsbezogenen Funktionen von Hand und Fingern zum Beispiel bei spinalen Muskelatrophien oder rheumatischen Erkrankungen
93	Therapieschuhe, konfektioniert, soweit die Aufwendungen 25 Euro je Schuh übersteigen - Fußteil-Entlastungsschuh - Höhenausgleichsschuhe - Korrektursicherungsschuhe - Orthesenschuhe - Stabilisationsschuhe - Verbandsschuhe
94	Therapiestuhl, soweit die Aufwendungen 200 Euro überschreiten
95	Tinnitusgeräte wie Tinnitusnoiser, Tinnitusmasker, auch in Kombination mit einem Hörgerät

96	Toilettenhilfen - Toilettenaufstehhilfen - Toilettensitze - Toilettenstühle - Toilettenstützgestelle
97	Tragegurtsitz
98	Treppenfahrzeuge - Treppensteighilfen - Treppenraupen
99	Übertragungsanlagen zur Verbesserung des Nutzscha-ll-/Störschallabstands bei Hörgeräteträger sowie bei Trägern eines Cochlea-Implantates
100	Umsetz- und Hebehilfen - Drehscheiben - Hebekissen - Rutschbretter - Umsetzhilfe
101	UV-Lichtkamm bei Psoriasis oder atopischer Dermatitis
102	Vibrationstrainer bei Gehörlosigkeit

Entwurf