

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

Vom 13. Februar 2009

Auf Grund des § 80 Abs. 4 des Bundesbeamtengesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) verordnet das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit:

- § 28 Familien- und Haushaltshilfe
- § 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland
- § 30 Soziotherapie
- § 31 Fahrtkosten
- § 32 Unterkunftskosten
- § 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Inhaltsübersicht

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

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

Kapitel 2

Aufwendungen in Krankheitsfällen

Abschnitt 1

Ambulante Leistungen

- § 12 Ärztliche Leistungen
- § 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern
- § 14 Zahnärztliche Leistungen
- § 15 Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- § 16 Auslagen, Material- und Laborkosten
- § 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf
- § 18 Psychotherapeutische Leistungen
- § 19 Psychosomatische Grundversorgung
- § 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- § 21 Verhaltenstherapie

Abschnitt 2

Sonstige Aufwendungen

- § 22 Arznei- und Verbandmittel
- § 23 Heilmittel
- § 24 Komplextherapien
- § 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
- § 26 Krankenhausleistungen
- § 27 Häusliche Krankenpflege

Abschnitt 3

Rehabilitation

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

Kapitel 3

Aufwendungen in Pflegefällen

- § 37 Grundsatz
- § 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege
- § 39 Vollstationäre Pflege
- § 40 Palliativversorgung

Kapitel 4

Aufwendungen in anderen Fällen

- § 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
- § 42 Schwangerschaft und Geburt
- § 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
- § 44 Tod der oder des Beihilfeberechtigten
- § 45 Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende

Kapitel 5

Umfang der Beihilfe

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

Kapitel 6

Verfahren und Zuständigkeit

- § 51 Bewilligungsverfahren
- § 52 Zuordnung von Aufwendungen
- § 53 Elektronische Gesundheitskarte
- § 54 Antragsfrist
- § 55 Geheimhaltungspflicht
- § 56 Festsetzungsstellen
- § 57 Verwaltungsvorschriften

Kapitel 7**Übergangs- und Schlussvorschriften**

§ 58 Übergangsvorschriften

§ 59 Inkrafttreten

Anlage 1 (zu § 6 Abs. 2)	Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
Anlage 2 (zu §§ 18 bis 21)	Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
Anlage 3 (zu § 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1)	Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel
Anlage 4 (zu § 23 Abs. 1)	Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilmittel und Voraussetzungen für bestimmte Heilmittel
Anlage 5 (zu § 25 Abs. 1 und 4)	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör
Anlage 6 (zu § 25 Abs. 1, 2 und 4)	Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle

Kapitel 1**Allgemeine Vorschriften****§ 1****Regelungszweck**

Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in den gesetzlich vorgesehenen Fällen. Die Beihilfe ergänzt die gesundheitliche Eigenvorsorge, die in der Regel aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

§ 2**Beihilfeberechtigte**

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

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

(2) Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der oder dem Beihilfeberechtigten Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeiträge nach den Abschnitten II, III oder V oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes zustehen. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Elternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,
2. Beamtinnen und Beamte, deren Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass

sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst im Sinne des § 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes beschäftigt sind, und

3. Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordneten-gesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

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

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

§ 3**Beamtinnen und Beamte im Ausland**

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

§ 4**Berücksichtigungsfähige Angehörige**

(1) Ehegattinnen und Ehegatten von Beihilfeberechtigten sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 17 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist die Ehegattin oder der Ehegatte unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen und Ehegatten der Beihilfeberechtigten nach § 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.

(2) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag der oder des Beihilfeberechtigten nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Dies gilt für Kinder von Beihilfeberechtigten nach § 3, wenn

1. Anspruch auf einen Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes besteht oder
2. ein Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

§ 5

Konkurrenzen

(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt

1. eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie
2. die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger

aus.

(2) Die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Versorgungsansprüche aus.

(3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht

1. der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und
2. der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger

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

(4) Ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei der oder dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, die oder der den Familienzuschlag für das Kind nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes erhält.

§ 6

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht oder die Ablehnung der Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes eine besondere Härte darstellen würde.

(2) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Als nicht notwendig gelten in der Regel Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie in der Anlage 1 ausgeschlossen werden.

(3) Wirtschaftlich angemessen sind grundsätzlich Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte. Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen.

(4) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Gelten Höchstbeträge nach Anlage 5, kann in entsprechender Anwendung des § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten.

(5) Sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Abs. 2a oder nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, beurteilt sich die wirtschaftliche Angemessenheit ihrer Aufwendungen nach den in den Verträgen nach § 75 Abs. 3b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Gebührenregelungen. Solange keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 Abs. 3a Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 7

Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch

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

§ 8

Ausschluss der Beihilfefähigkeit

(1) Beihilfefähig sind nicht die Aufwendungen

1. der Beamtinnen und Beamten, denen ein Anspruch auf Heilfürsorge nach § 70 Abs. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zusteht,

2. für nicht von der Festsetzungsstelle veranlasste Gutachten,
3. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
4. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen,
5. für Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings, und
6. für persönliche Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Eltern oder die Kinder der oder des Behandelten. In diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig.

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

(3) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile, Selbstbehalte nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Werden diese Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht nachgewiesen, gelten 15 Prozent der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(4) Nicht beihilfefähig sind erbrachte Sach- und Dienstleistungen nach § 2 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Als Sach- und Dienstleistung nach § 2 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Pflichtversicherten nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der familienversicherten Angehörigen nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch die Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei Personen, denen ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch

1. die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und
2. Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Versicherte die mögliche Sachleistung nicht in Anspruch genommen haben. Dies gilt auch, wenn Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden. Ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.

(5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet worden sind.

§ 9

Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

(1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilfeberechtigte, die dem gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaft angehören. Unterhaltsansprüche von Beihilfeberechtigten gelten nicht als Ansprüche auf Kostenerstattung.

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

(3) Sind Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. Andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, sind in Höhe von 50 Prozent der entstandenen Aufwendungen als zustehende Erstattungs- oder Sachleistungen anzusetzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für

1. Erstattungen und Sachleistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen,
2. berücksichtigungsfähige Kinder einer oder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, und
3. Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

(4) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

§ 10

Beihilfeanspruch

(1) Auf Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden. Er ist nicht vererblich, soweit die Beihilfe nicht bereits vor dem Erbfall bewilligt wurde. Die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger ist in Höhe des Betrages zulässig, auf den ein Anspruch zu seiner Forderung auf Beihilfe besteht und der noch nicht ausgezahlt ist. Stirbt die oder der Beihilfeberechtigte, erhält die Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tode unbeschadet des Satzes 3, wer die Belege zuerst vorlegt.

(2) Anspruch auf Beihilfe hat nur, wer seinen Krankenversicherungsschutz und den seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen einschließlich abge-

schlossener Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachweist.

§ 11

Aufwendungen im Ausland

(1) Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 6 Abs. 3 ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären.

(2) Ohne Beschränkung auf die im Inland entstehenden Kosten sind außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die in der Nähe der deutschen Grenze wohnen, aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder
3. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

(3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dies gilt nicht in den Fällen des § 31 Abs. 5.

Kapitel 2

Aufwendungen in Krankheitsfällen

Abschnitt 1

Ambulante Leistungen

§ 12

Ärztliche Leistungen

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

§ 13

Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

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

§ 14

Zahnärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 grundsätzlich beihilfefähig. Für Zahnersatz und implantologische Leistungen kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen. Aufwendungen für das Attest nach § 15 Abs. 1 Nr. 5 trägt die Festsetzungsstelle.

§ 15

Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind beihilfefähig bei

1. weniger als acht angelegten Zähnen pro Kiefer im jugendlichen Erwachsenenengebiss,
2. großen Kieferdefekten in Folge von Kieferbruch oder Kieferresektion,
3. angeborener Fehlbildung des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte),
4. dauerhafter extremer, irreversibler, nicht medikamentenbedingter Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Zusammenhang einer Tumorbehandlung,
5. nicht willentlich beeinflussbarer muskulärer Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (beispielsweise Spastiken), wenn nach neurologischem Attest kein herausnehmbarer Zahnersatz (auch implantatgestützt) getragen werden kann, oder
6. implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer,

wenn auf andere Weise die Kaufähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann. In den Fällen von Satz 1 Nr. 6 sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, beihilfefähig. Liegt keiner der in Satz 1 Nr. 1 bis 6 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für höchstens zwei Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, beihilfefähig. Die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, sind entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt

und die Festsetzungsstelle den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig. Die Aufwendungen für den Heil- und Kostenplan nach Satz 1 sind beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen:

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 701 und 702 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen oder
5. umfangreiche Gebiss-Sanierungen. Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist.

(4) Der Befund nach Absatz 3 ist mit einem geeigneten Formblatt nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte zu belegen.

§ 16

Auslagen, Material- und Laborkosten

(1) Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Abs. 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C, F und K und den Nummern 708 bis 710 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 40 Prozent beihilfefähig.

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

§ 17

Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.

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

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

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

§ 18

Psychotherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 19), tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien (§ 20) sowie Verhaltenstherapien (§ 21) sind nur beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 2 Nr. 2 bis 4 erbracht werden. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(2) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte gehören, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Für das Gutachten nach Satz 1 Nr. 3 benennt das Bundesministerium des Innern geeignete Gutachterinnen und Gutachter und gibt diese durch Verwaltungsvorschrift bekannt. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder von ihm beauftragten Ärztinnen und Ärzten eingeholt werden.

(3) Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

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

(6) Vor Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung muss eine Ärztin oder ein Arzt vornehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich bestätigen.

(7) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(8) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, die am Dienort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind Aufwendungen für

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte

auch in Form eines Internet-gestützten Therapieverfahrens beihilfefähig. Für Internet-gestützte Therapieverfahren sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie in Gruppen sowie analytische Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie sind nach Einholung eines erneuten Gutachtens gegebenenfalls umzuwandeln. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind. Das Therapieverfahren kann durch Einzelkontakt mittels Telefon oder E-Mail-Brücke erfolgen.

(9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 19 bis 21,
2. die in Anlage 2 Nr. 1 aufgeführten Behandlungsverfahren und
3. psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.

§ 19

Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung, zu der Beihilfe gewährt wird, umfasst

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder
2. übende und suggestive Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

1. verbale Intervention als einzige Leistung für bis zu 25 Sitzungen,
2. autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen sowie
3. Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes beihilfefähig.

(3) Die Gewährung von Beihilfe ist ausgeschlossen, wenn eine verbale Intervention mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt wird oder wenn autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose in einem Krankheitsfall nebeneinander durchgeführt werden.

§ 20

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen, depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen und Dysthymien,
2. Angst- und Zwangsstörungen,
3. somatoforme Störungen einschließlich Konversionsstörungen,
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
9. Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend,
10. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung und
11. seelischen Behinderungen
 - a) aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tief greifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen,
 - b) als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bieten, und
 - c) als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

(2) Aufwendungen für Behandlungen sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 30 Sitzungen	nochmals weitere 15 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	weitere 60 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 50 Sitzungen	nochmals weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

(3) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.

§ 21

Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind beihilfefähig in den Fällen des § 20 Abs. 1.

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 18 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzu-
sehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die
Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach Anlage 2 Nr. 2 bis 4
vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn
Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert.
Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die fest-
gestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungs-
stelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzun-
gen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihil-
fefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten zu Art und Umfang der
notwendigen Behandlung einzuholen.

(3) Aufwendungen für Behandlungen sind je Krankheitsfall nur in folgendem
Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung (höchstens 8 Teilnehmende)
Regelfall	40 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
nur in besonders begründe- ten Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

2. bei Kindern und Jugendlichen einschließlich notwendiger begleitender
Behandlung von Bezugspersonen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung (höchstens 8 Teilnehmende)
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
nur in besonders begründe- ten Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

Abschnitt 2**Sonstige Aufwendungen**

§ 22

Arznei- und Verbandmittel

(1) Aufwendungen für die von einer Ärztin, einem
Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt, einer Heilprakti-
kerin oder einem Heilpraktiker nach Art und Umfang
schriftlich verordneten oder bei einer ambulanten Be-
handlung verbrauchten Arznei- und Verbandmittel sind
nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 beihilfefähig. § 31
Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in
der am 30. Juni 2008 geltenden Fassung gilt entspre-
chend.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach § 34
Abs. 1 Satz 6 bis 8 des Fünften Buches Sozialge-

setzbuch oder aufgrund der Rechtsverordnung nach
§ 34 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen
Krankenversicherung ausgeschlossen sind,

2. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei
denn, sie

- a) sind für Kinder bis zum vollendeten zwölften
Lebensjahr bestimmt,
- b) sind für Kinder und Jugendliche mit Entwick-
lungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebens-
jahr bestimmt,
- c) sind apothekenpflichtig und wurden oder werden
in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen bei
einer ambulanten Behandlung verbraucht oder
- d) gelten bei der Behandlung schwerwiegender Er-
krankungen als Therapiestandard und werden mit
dieser Begründung von der Ärztin oder dem Arzt

ausnahmsweise verordnet. Das Bundesministerium des Innern hat in Verwaltungsvorschriften die entsprechenden Arzneimittel zu bestimmen.

(3) Das Bundesministerium des Innern bestimmt in Verwaltungsvorschriften als Obergrenzen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arzneimittel Festbeträge im Sinne von § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Höchstbeträge im Sinne von § 31 Abs. 2a in Verbindung mit § 35b Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für die Bestimmung der Festbeträge nach Satz 1 gelten die in § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Grundsätze entsprechend. Für die Bestimmung der Höchstbeträge nach Satz 1 gelten die in § 31 Abs. 2a in Verbindung mit § 35b Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Grundsätze entsprechend. Die Bestimmungen nach Satz 1 haben sich weiter an den auf der Grundlage dieser Vorschriften getroffenen Entscheidungen und Bewertungen zu orientieren und die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes zu berücksichtigen. In den Verwaltungsvorschriften ist in Anlehnung an § 31 Abs. 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes auch festzulegen, für welche Arzneimittel der Eigenbehalt nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 entfällt.

(4) Das Bundesministerium des Innern bestimmt in den Verwaltungsvorschriften nach Absatz 3 in Anlehnung an die nach § 35b Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgegebenen Empfehlungen auch Einschränkungen dahingehend, dass Aufwendungen für Arzneimittel nur in bestimmten Fällen beihilfefähig sind.

(5) Aufwendungen für Arzneimittel, insbesondere für Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial, deren Anwendung aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs, besondere Fachkenntnisse erfordert, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), sind nur beihilfefähig, wenn die Verordnung in Abstimmung mit einer Ärztin oder einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie im Sinne des § 73d Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt. Die Wirkstoffe und Anwendungsgebiete nach Satz 1 bestimmen sich nach § 73d Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 23

Heilmittel

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig, wenn diese in Anlage 4 aufgeführt sind und von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach Anlage 3 angewandt werden. Bei einer Sprachtherapie sind auch Aufwendungen für Leistungen staatlich anerkannter Sprachtherapeuten sowie vergleichbar qualifizierter Personen beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind auf die in Anlage 4 genannten Höchstbeträge beschränkt.

(2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich ver-

ordnete Heilmittel anstelle der in Absatz 1 Satz 3 genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich, außer bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, um 10 Prozent der Kosten, die die maßgeblichen Höchstbeträge nach Absatz 1 Satz 3 übersteigen, höchstens jedoch um 10 Euro zuzüglich 10 Euro für jede Verordnung.

§ 24

Komplextherapien

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Abs. 3 und § 23 Abs. 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Komplextherapie von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht wird, dem auch Ärztinnen, Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen nach Anlage 3 angehören müssen.

(2) Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen sind nicht nach Absatz 1 beihilfefähig.

§ 25

Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankheitsbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind vorbehaltlich des Absatzes 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in Anlage 5 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. Aufwendungen für in Anlage 6 ausgeschlossene Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne von Satz 1 sind nach Ablauf von sechs Monaten seit Anschaffung beihilfefähig, wenn eine erneute ärztliche Verordnung vorliegt.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die

1. einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
2. einen niedrigen Abgabepreis haben,
3. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
4. in Anlage 6 genannt sind.

(3) Aufwendungen für das Mieten von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nach Absatz 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie nicht

höher als die Aufwendungen für deren Anschaffung sind und diese sich dadurch erübrigt.

(4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 5 oder 6 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen. Soweit das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern allgemein erklärt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen. Absatz 2 bleibt unberührt.

(5) Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind nur in Höhe des 100 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

§ 26

Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, für

1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung),
3. Wahlleistungen in Form
 - a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne der §§ 16 und 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 22 der Bundespflegesatzverordnung,
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne der §§ 16 und 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 22 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und
 - c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 22 sowie
4. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind die Aufwendungen für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für

entsprechende Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die üblicherweise Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 Nr. 2 sind. Vor der Aufnahme in eine Einrichtung nach Satz 1 kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.

(3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Der in Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b genannte Abzugsbetrag ist zu berücksichtigen.

§ 27

Häusliche Krankenpflege

(1) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind beihilfefähig, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Verordnung vorübergehend erforderlich sind. Die Aufwendungen sind auch beihilfefähig, wenn die häusliche Krankenpflege außerhalb des eigenen Haushalts an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 umfasst

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

(3) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1 und 2 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Eltern oder die Kinder des Gepflegten durchgeführt, sind nur beihilfefähig:

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

§ 28

Familien- und Haushaltshilfe

(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn

1. die oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen ihrer oder seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 26 und 32 Abs. 1, §§ 34 und 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 5, §§ 39 und 40 Abs. 2) nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
2. im Haushalt mindestens eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, die oder der pflegebedürftig ist

oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und

3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

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

(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung beihilfefähig, wenn deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wurde. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Im Todesfall der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Satz 1 für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. § 27 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

§ 29

Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

(1) Aufwendungen Beihilfeberechtigter nach § 3 für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn

1. eine ambulante ärztliche Behandlung des Elternteils, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und
3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.

(2) Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet ist und der Dienstort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer.

(3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienstortes nach Absatz 2 Satz 1 mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen die Ehegattin, der Ehegatte, die Eltern oder die Kinder des die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch Nehmenden die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

§ 30

Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in An-

spruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 31

Fahrtkosten

(1) Aufwendungen für Rettungsfahrten zum Krankenhaus sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn
 - a) dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder
 - b) die Festsetzungsstelle zugestimmt hat,
3. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung in besonderen Ausnahmefällen nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle,
4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine – andernfalls medizinisch gebotene – stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
5. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist, und
7. der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten Kindes oder Jugendlichen in begründeten Ausnahmefällen.

(3) Nicht beihilfefähig sind

1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen sowie
2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union. Ausnahmen sind zulässig, soweit sie aus zwingenden medizinischen Gründen im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes erforderlich sind. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.

(4) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Bundesreisekostengesetz entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes gewährt wird. Bei Fahrten nach den Absätzen 1 und 2 Nr. 6 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

(5) Ist für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits-

oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn

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

§ 32

Unterkunftskosten

(1) Aufwendungen für Unterkunft anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen sind bis zur Höhe von 150 Prozent der Sätze nach § 7 Abs. 1 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft in gleicher Höhe beihilfefähig.

(2) Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung verabreicht, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch Pauschalen beihilfefähig. Dies gilt auch, wenn die Pauschalen einen Verpflegungsanteil enthalten.

(3) Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 sind für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. Die Aufwendungen für eine Unterkunft im Ausland sind bis zu 150 Prozent der Höhe der Auslandsübernachtungsgeldsätze nach der Anlage zur Auslandsreisekostenverordnung beihilfefähig.

§ 33

Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.

Abschnitt 3 Rehabilitation

§ 34

Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer

schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. In Ausnahmefällen liegt eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Behandlung erfolgt, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung stand.

(2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(3) Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die dort genannten ärztlichen Verordnungen die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet haben und nicht von der Einrichtung stammen, bei der die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbehandlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. In begründeten Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

(4) Die §§ 26 und 31 gelten entsprechend.

§ 35

Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen und besondere Heilbehandlungen durchführen, beispielsweise mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie, soweit die dafür erforderliche Ausstattung und das Pflegepersonal vorhanden sind,
2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung,
3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitationen bei Krebserkrankung eines Kindes,
4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1,
5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen und
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.

(2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18 und 22 bis 25 und 26 Abs. 1 Nr. 3 beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 bis 4 beihilfefähig:

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise
 - a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und

- b) mit privaten Kraftfahrzeugen in entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes, insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
2. Aufwendungen durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannter Begleitpersonen,
 3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,
 4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
 5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
 - a) bei stationärer Rehabilitation einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
 - b) für Begleitpersonen bei stationärer Rehabilitation für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) 70 Prozent des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,
 - c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt,
 - d) bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und
 - e) der Begleitpersonen bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise).

Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nr. 6 sind bis zur Höhe von 6,20 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.

§ 36

Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf entsprechenden Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind und
3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1 Nr. 4 erzielt werden kann.

Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitati-

onsmaßnahme. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

(2) Die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.

(3) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Abs. 1 Nr. 1 in einer ausländischen Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn vor Beginn der Maßnahme die oder der von der Festsetzungsstelle beauftragte Ärztin oder Arzt die Einrichtung für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 9 Abs. 1 erwähnten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat.

Kapitel 3

Aufwendungen in Pflegefällen

§ 37

Grundsatz

Pflegebedürftige im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind.

§ 38

Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege

(1) Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe sind in Höhe der in § 36 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig, soweit sie die in § 14 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Verrichtungen zur Sicherstellung der Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung betreffen und für geeignete Pflegekräfte entstehen, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Ausgenommen sind dabei Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1, soweit sie nach § 27 beihilfe-

fähig sind. § 36 Abs. 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 kann auch eine Pauschalbeihilfe gewährt werden, soweit die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die getätigten Aufwendungen im Rahmen der Pauschalbeihilfe zur Hälfte berücksichtigt. Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berühren die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Darüber hinaus sind Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(3) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird.

(4) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern.

(5) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind nur beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für die notwendige Beförderung der oder des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. § 41 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Die beihilfefähigen Aufwendungen dürfen insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Abs. 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen. Wird Beihilfe nach Satz 1 neben Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend.

(6) Bei Verhinderung der Pflegeperson und bei Kurzzeitpflege gelten die §§ 39 und 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(7) Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen. § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Werden die Voraussetzungen nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erst im Laufe eines

Kalenderjahres erfüllt, ist der Höchstbetrag nur anteilig anzuerkennen.

(8) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Abs. 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Abs. 3 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(9) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen nach § 40 Abs. 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der oder des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist der Aufwendungsbetrag dem Grunde nach beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird.

§ 39

Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind Aufwendungen

1. pflegebedingter Art,
2. für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird, und
3. für soziale Betreuung.

§ 43 Abs. 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die nicht nach § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen ist, sind beihilfefähig, wenn die Pflegeeinrichtung mit einer solchen nach § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar ist.

(3) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten, jedoch nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil der Einnahmen nach Satz 2 übersteigen. Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einnahmen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 nach Anlage I des Bundesbesoldungsgesetzes
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 Prozent der Einnahmen,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höheren Einnahmen

- a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 Prozent der Einnahmen und
3. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege der oder des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 Prozent der Einnahmen.

Einnahmen im Sinne der Sätze 1 und 2 sind die Dienst- und Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften sowie der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der oder des Beihilfeberechtigten und der Ehegattin oder des Ehegatten einschließlich deren oder dessen laufender Einkünfte. Die Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 3 des Bundesbesoldungsgesetzes genannten (mit Ausnahme des kinderbezogenen Familienzuschlags) und der Altersteilzeitzuschlag. Die Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 des Beamtenversorgungsgesetzes genannten Bruttobezüge mit Ausnahme des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 Satz 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, soweit nicht nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen. Der Unfallausgleich nach § 35 des Beamtenversorgungsgesetzes, die Unfallentschädigung nach § 43 des Beamtenversorgungsgesetzes und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt. Der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.

(4) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen. § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 40

Palliativversorgung

(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht möglich ist.

Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen

§ 41

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20d, 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 001, 007, 200, 405 und 406 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sowie für die Erhebung des Parodontalen Screening Index.

(3) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Vorschriften dieser Verordnung beihilfefähig sind, in Verwaltungsvorschriften für diejenigen Fälle ausnahmsweise zulassen, in denen die Gewährung von Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist.

(4) Das Bundesministerium des Innern kann sich im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen in Einzelfällen einmalig oder laufend an den Kosten für allgemeine, nicht individualisierbare Maßnahmen zur Früherkennung und Vorsorge durch pauschale Zahlungen beteiligen.

(5) § 31 Abs. 5 in Verbindung mit § 49 Abs. 5 Nr. 3 gilt entsprechend.

§ 42

Schwangerschaft und Geburt

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

1. die Schwangerschaftsüberwachung,
2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger,
3. von Hebammen geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind in Geburtsfällen zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft beihilfefähig. § 32 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren.

§ 43

**Künstliche Befruchtung,
Sterilisation, Empfängnisregelung
und Schwangerschaftsabbruch**

(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, soweit deren Inhalt und Ausgestaltung den Grundsätzen nach § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen.

(2) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist.

(3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.

(4) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen nach den §§ 12, 22, 26, 28, 29, 31 und 32 beihilfefähig. Daneben sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs beihilfefähig.

§ 44

Tod der oder des Beihilfeberechtigten

Ist eine Beihilfeberechtigte oder ein Beihilfeberechtigter während einer Dienstreise, einer Abordnung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer oder seiner Hauptwohnung nach § 12 Abs. 2 Satz 2 des Melderechtsrahmengesetzes verstorben, sind die Kosten der Überführung beihilfefähig. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig. Der Bemessungssatz für die Überführungskosten beträgt 100 Prozent.

§ 45

Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. Erste Hilfe,
2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe und
3. Organspenderinnen und Organspender, wenn die Empfängerin oder der Empfänger des Organs beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, in entsprechender Anwendung von Kapitel 2. Beihilfefähig ist auch der von der Organspenderin oder dem Organspender nachgewiesene Ausfall von Arbeitseinkünften. Dies gilt auch für Personen,

die als Organspenderin oder Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.

Kapitel 5

Umfang der Beihilfe

§ 46

Bemessung der Beihilfe

(1) Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung. In Pflegefällen können, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist, auch Pauschalen gezahlt werden.

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

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

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren Beihilfeberechtigten nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

(4) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent.

§ 47

Abweichender Bemessungssatz

(1) Die oberste Dienstbehörde oder eine von ihr bestimmte Behörde kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes den Bemessungssatz für Aufwendungen anlässlich einer Dienstbeschädigung angemessen erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Beamtenversorgungsgesetz bestehen.

(2) Den Bemessungssatz von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit geringen Gesamteinkünften kann die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern für höchstens zwei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent der Gesamteinkünfte übersteigt. Die geringen Einkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetz-

setzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Ehegattin oder den berücksichtigungsfähigen Ehegatten ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 46 ergeben würden.

(3) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz in weiteren besonderen Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes zwingend geboten ist. Hierbei ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen.

(4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.

(5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in den Fällen nach § 31 Abs. 5 und § 41 Abs. 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen für die Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungs-, Untersuchungs- oder Entbindungsort, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Abs. 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.

(6) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Ansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Sachleistungen und Erstattungen der Krankenkasse ergeben. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder Ähnliches von mindestens 21 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird oder die gesetzliche Krankenkasse keine Sachleistung oder Erstattung erbracht hat.

(7) In Fällen des § 39 Abs. 3 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten auf 100 Prozent.

(8) Für beihilfefähige Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Beiträge für eine private Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen mit mindestens 41 Euro monatlich bezuschusst werden, ermäßigt sich der Bemessungssatz für die Zuschussempfängerin oder den Zuschussempfänger um 20 Prozentpunkte. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

§ 48

Begrenzung der Beihilfe

Die Beihilfe darf zusammen mit Sachleistungen und Erstattungen, die aus demselben Anlass aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung sowie aufgrund von anderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt werden, die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, und das Sterbegeld nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Beamtenversorgungsgesetzes unberücksichtigt. Die Sachleistungen und Erstattungen sind durch Belege nachzuweisen. Dies gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz.

§ 49

Eigenbehalte

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 und höchstens um 10 Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten bei

1. Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 22,
2. Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken,
3. Fahrten mit Ausnahme der Fälle nach § 35 Abs. 2,
4. Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag und
5. Sozialtherapie je Kalendertag.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Euro je Kalendertag bei

1. vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 und Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Abs. 1 und 2 Satz 1, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und
2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 3.

(3) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei häuslicher Krankenpflege um 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um 10 Euro je Verordnung.

(4) Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von 10 Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigter, Beihilfeberechtigtem, berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder berücksichtigungsfähigem Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von

1. ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen,
2. zahnärztlichen Leistungen und
3. Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern.

(5) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für

1. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, außer Fahrtkosten,
2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,
4. Arznei- und Verbandmittel nach § 22, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden,
5. Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind, sowie
6. Harn- und Blutteststreifen.

(6) Auf Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind, werden die Eigenbehalte nach den Absätzen 1 bis 4 mit der Maßgabe angewandt, dass die von der privaten Krankenversicherung abgezogenen Selbstbehalte als Eigenbehalte zu berücksichtigen sind.

(7) Das Bundesministerium des Innern kann durch Verwaltungsvorschriften für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen oder Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten teilnehmen, geringere Eigenbehalte festlegen.

§ 50

Belastungsgrenzen

(1) Auf Antrag sind Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen oder der Beihilfe für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, soweit sie die Belastungsgrenze nach Satz 4 überschreiten. Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs folgt. Dabei sind die Beträge nach § 49 Abs. 1 bis 3 nur entsprechend der Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 46 zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen

1. 2 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Abs. 3 Satz 3 bis 7 sowie
2. für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3017), 1 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Abs. 3 Satz 3 bis 7.

(2) Maßgeblich ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen. Die Einnahmen der Ehegattin oder des Ehegatten werden nicht berücksichtigt, wenn sie oder er Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 Prozent und für jedes berücksichtigungsfähige Kind

im Sinne des § 4 Abs. 2 um den Betrag, der sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergibt. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsoferfürsorge getragen, ist für die Berechnung der Belastungsgrenze der nach Maßgabe der Regelsatzverordnung zu ermittelnde Regelsatz anzuwenden.

Kapitel 6

Verfahren und Zuständigkeit

§ 51

Bewilligungsverfahren

(1) Über die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu auf eigene Kosten bei Sachverständigen Gutachten einholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung der oder des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu anonymisieren, dass die Gutachterin oder der Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann. Ist für die Begutachtung die Mitwirkung der oder des Betroffenen erforderlich, sind § 60 Abs. 1 Satz 1, § 62 und die §§ 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall die Gutachten zugrunde zu legen, die für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Pflegeversicherung angehören, und bei Bedarf auch für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige hat die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen zu lassen.

(3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der oder des Beihilfeberechtigten bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Zweitschriften der Belege sind grundsätzlich ausreichend. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen. Absatz 5 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(4) Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen. Kann die oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringen, hat die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen festzustellen. Auf Anforderung muss mindestens für eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der erbrachten Leistungen eine Übersetzung vorgelegt werden.

(5) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Die Festsetzungsstelle kann von einer Rücksendung der Belege absehen. In diesen Fällen sind die Belege spätestens sechs Monate nach Unanfechtbarkeit des Beihilfebescheides zu vernichten. Die Beihilfeberechtigten können in begründeten Fällen die Rücksendung der Belege verlangen. Liegen tatsächliche Anhaltspunkte dafür vor, dass ein vorgelegter Beleg unecht ist oder dass ein vorgelegter echter Beleg verfälscht ist, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der oder des Beihilfeberechtigten bei der angegebenen Rechnungsstellerin oder dem angegebenen Rechnungssteller eine Auskunft über die Echtheit des Beleges einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen.

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

(7) Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Die Festsetzungsstelle kann bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung anderer unbilliger Härten Ausnahmen zulassen.

(8) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der oder des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen leisten. Sie kann die Beihilfe in Ausnahmefällen im Einverständnis mit der oder dem Beihilfeberechtigten an Dritte auszahlen.

§ 52

Zuordnung von Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen werden

1. für eine Familien- und Haushaltshilfe der jüngsten verbleibenden Person,
 2. für eine Begleitperson der oder dem Begleiteten und
 3. in Geburtsfällen einschließlich der Aufwendungen des Krankenhauses für das gesunde Neugeborene der Mutter
- zugeordnet.

§ 53

Elektronische Gesundheitskarte

Beihilfe zu Aufwendungen für Arzneimittel wird Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten haben, nur gewährt, wenn die elektronische Gesundheitskarte beim Kauf der Arzneimittel eingesetzt wurde.

§ 54

Antragsfrist

(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege er-

bracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge die Aufwendungen bezahlt hat.

(2) Die Frist ist auch gewahrt, wenn der Antrag von Beihilfeberechtigten nach § 3 innerhalb der Frist nach Absatz 1 bei der zuständigen Beschäftigungsstelle im Ausland eingereicht wird.

§ 55

Geheimhaltungspflicht

(1) Die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie bekannt gegeben worden sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Befugnis zur Verwendung der Daten für einen anderen Zweck oder die oder der Betroffene hat schriftlich in die Zweckänderung eingewilligt.

(2) Personenbezogene Daten aus der Beihilfeakte dürfen ohne Einwilligung der oder des Betroffenen an die Bezügestelle übermittelt werden, soweit die Kenntnis der Daten für die Festsetzung und Berechnung der Besoldung oder Versorgung oder für die Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich ist.

§ 56

Festsetzungsstellen

(1) Festsetzungsstellen sind

1. die obersten Dienstbehörden für die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiterinnen und Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden für die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs und
3. die Versorgungsstellen für die Anträge der Versorgungsempfängerinnen und der Versorgungsempfänger.

(2) Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Die Beihilfebearbeitung darf nur auf Behörden des jeweiligen Dienstherrn übertragen werden. Die Übertragung ist im Gemeinsamen Ministerialblatt zu veröffentlichen.

§ 57

Verwaltungsvorschriften

Das Bundesministerium des Innern erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

Kapitel 7

Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 58

Übergangsvorschriften

(1) Auf Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, ist die Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919),

zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379), weiter anzuwenden.

(2) Auf Ehegattinnen und Ehegatten, die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung als berücksichtigungsfähige Angehörige unter der Einkommensgrenze nach § 5 Abs. 4 der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Beihilfenvorschriften des Bundes lagen, aber die Einkommensgrenze nach § 4 Abs. 1 überschreiten, ist die bisherige Einkommensgrenze bis zur erstmaligen Überschreitung weiter anzuwenden.

(3) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten, die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben sind, gelten abweichend von § 4 Abs. 2 längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich geleisteter Wehr- oder Zivildienstzeiten als berücksichtigungsfähige Angehörige. Die Übergangsregelung hat keine Auswirkung auf den Bemessungssatz der oder des Beihilfeberechtigten.

(4) Auf Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, deren Bemessungssatz nach § 14 Abs. 6 Nr. 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), die zuletzt durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379) geändert worden ist, unbefristet erhöht wurde, ist dieser erhöhte Bemessungssatz für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Verord-

nung weiter anzuwenden. Anschließend prüft die Festsetzungsstelle, ob die Voraussetzungen des erhöhten Bemessungssatzes nach § 47 Abs. 2 vorliegen. Die Prüfung ist alle zwei Jahre zu wiederholen. Liegen die Voraussetzungen nicht vor, ist der Bescheid über die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 49 Abs. 2 und 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes zu widerrufen. Die Sätze 1 bis 3 gelten für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger entsprechend.

(5) § 46 Abs. 3 Satz 2 ist erstmals sechs Monate nach Inkrafttreten dieser Verordnung anzuwenden. Bis dahin ist § 14 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), die zuletzt durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379) geändert worden ist, weiter anzuwenden.

(6) In § 4 Abs. 2 Nr. 1 und 2, § 5 Abs. 4 und § 46 Abs. 3 Satz 2 ist unter der Bezeichnung „Auslands-kinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes“ ab dem 1. Juli 2010 die Bezeichnung „Auslandszuschlag nach § 53 Abs. 4 Nr. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes“ zu verstehen.

§ 59

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 13. Februar 2009

Der Bundesminister des Innern
Schäuble

**Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden****1. Völliger Ausschluss****A**

- Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z. B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- Autohomologe Immuntherapien (z. B. ACTI-Cell-Therapie)
- Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
- Ayurvedische Behandlungen, z. B. nach Maharishi

B

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

C

- Chelat-Therapie
- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- Cytotoxologische Lebensmitteltests

E

- Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- Elektro-Neural-Diagnostik

F

- Frischzellentherapie

G

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

H

- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I

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

K

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

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

- Modifizierte Eigenblutbehandlung (z. B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

- Psycotron-Therapie
- Pulsierende Signaltherapie (PST)
- Pyramidenenergiebestrahlung

R

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

S

- Schwingfeld-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle und in Zweifelsfällen eine Bestätigung durch eine Gutachterin oder einen Gutachter einzuholen.
- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich
Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche) oder des Fasziiitis plantaris (Fersensporn). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beihilfefähig. Daneben sind keine Zu-

schläge beihilfefähig.

– Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

– Klimakammerbehandlungen

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens einer von ihr bestimmten Ärztin oder eines von ihr bestimmten Arztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

– Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

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

– Magnetfeldtherapie

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

– Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens einer Ärztin oder eines Arztes, die oder den sie bestimmt, die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

– Prostata-Hyperthermie-Behandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.

– Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z. B. Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1 zugeordnet.

– Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten

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

Anlage 2

(zu §§ 18 bis 21)

**Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen
und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung****1. Psychotherapeutische Leistungen**

1.1 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren sind:

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

1.2 Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z. B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.

2. Psychosomatische Grundversorgung

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

- Allgemeinmedizin,
- Augenheilkunde,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Innere Medizin,
- Kinderheilkunde,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Neurologie,
- Phoniatrie und Pädaudiologie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- psychotherapeutische Medizin oder
- Urologie

durchgeführt wird.

2.2 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von

- einer Ärztin oder einem Arzt,
- einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
- einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Verfahren verfügt.

3. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

3.1 Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche sein:

- Psychotherapeutische Medizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für

- Psychotherapeutische Medizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie
- eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“

kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

- 3.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).
- 3.3 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

- 3.4 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).
- 3.5 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.
- 3.6 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).
- 3.7 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 3.8 Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer aner-

kant werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 20 Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen.

4. Verhaltenstherapie

- 4.1 Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
- Psychotherapeutische Medizin,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
- 4.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
- 4.3 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin, einen Psychologischen Psychotherapeuten, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 oder 4.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 oder 4.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 4.5 Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl von Sitzungen nicht erreicht wird, kann eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 20 weiteren Sitzungen anerkannt werden. In medizinisch besonders begründeten Fällen können nochmals weitere 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 20 Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere verhaltenstherapeutische Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

Zugelassene
Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel

Das Heilmittel muss von einer der folgenden Personen erbracht werden und die erbrachten Leistungen müssen der staatlichen Berufsausbildung oder dem Berufsbild entsprechen:

- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
- Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
- Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
- Krankengymnastin oder Krankengymnast,
- Logopädin oder Logopäde,
- klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
- Masseurin oder Masseur,
- medizinische Bademeisterin oder medizinischer Bademeister,
- Podologin oder Podologe.

Anlage 4

(zu § 23 Abs. 1)

Höchstbeträge
für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilmittel
und Voraussetzungen für bestimmte Heilmittel

1.

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchst- betrag
I. Inhalation¹⁾		
1	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70 €
2	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,60 €
	b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	5,70 €
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30 €
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80 €
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50 €
5	Krankengymnastische Behandlung ²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10 €
6	Krankengymnastische Behandlung ²⁾⁵⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	6,20 €
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €
10	Bewegungsübungen ²⁾	7,70 €
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,60 €
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,80 €
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ⁶⁾ , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50 €
13	Chirogymnastik ⁷⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40 €
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ¹⁰⁾¹¹⁾ , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90 €
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT) ¹²⁾ Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00 €
16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20 €
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70 €

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
III. Massagen		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80 €
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50 €
	b) Großbehandlung, 45 Minuten	29,20 €
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00 €
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70 €
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmess-einrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10 €
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30 €
22	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	– bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80 €
	– bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	• Teilpackung	20,50 €
	• Großpackung	28,20 €
	b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,90 €
	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
	– Anwendung von Lehm, Quark o. Ä.	7,70 €
	– Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40 €
	d) Heublumensack, Peloidkompressen	9,20 €
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60 €
	f) Trockenpackung	3,10 €
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 €
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30 €
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	20,00 €
25	a) Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20 €
	b) Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30 €
26	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,00 €
27	a) Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80 €
	b) Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	39,90 €
28	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	a) Teilbad	28,70 €
	b) Vollbad	32,80 €

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
29	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80 €
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70 €
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30 €
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50 €
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10 €
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,50 €
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,50 €
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	21,00 €
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50 €
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10 €
	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter den Nummern 30 Buchstabe a bis c und Nummer 31 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 Buchstabe d beihilfefähig.	
	V. Kälte- und Wärmebehandlung	
32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80 €
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70 €
33	Eisteilbad	9,80 €
34	Heißluftbehandlung ⁹⁾ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70 €
	VI. Elektrotherapie	
35	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20 €
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20 €
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20 €
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80 €
39	Iontophorese	6,20 €
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30 €
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,00 €
	VII. Lichttherapie	
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁹⁾	
	a) als Einzelbehandlung	3,10 €
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	2,60 €

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
43	a) Reizbehandlung ⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10 €
	b) Reizbehandlung ⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20 €
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20 €
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70 €
VIII. Logopädie		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60 €
	c) Ausführlicher Bericht	11,80 €
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20 €
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90 €
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40 €
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80 €
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,40 €
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	28,70 €
X. Podologische Therapie¹³⁾		
53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50 €
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70 €
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05 €
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25 €
57	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10 €
58	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50 €
59	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00 €
60	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nummer 59 abrechenbar), je Person	3,50 €

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
XI. Sonstiges		
61	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20 €
62	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	

- ¹⁾ Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
- ²⁾ Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- ³⁾ Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
- ⁴⁾ Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- ⁵⁾ Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- ⁶⁾ Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
- ⁷⁾ Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden anerkannt werden.
- ⁸⁾ Das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird.
- ⁹⁾ Die Leistungen der Nummern 34, 42 und 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
- ¹⁰⁾ Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.
- ¹¹⁾ Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.
- ¹²⁾ Die Leistungen der Nummern 4 bis 6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- ¹³⁾ Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

2. Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses – sind bei Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:

2.1 Erweiterte ambulante Physiotherapie

Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur aufgrund einer Verordnung von Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten, von Ärztinnen/Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einer Allgemeinärztin/Allgemein- arzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen anerkannt:

2.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

- frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
- nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
- instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik
- lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb

2.1.2 Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteotomien der großen Röhrenknochen

2.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen
- Knieendoprothesen
- Hüftendoprothesen

- 2.1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)
- Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband)
 - Schultergelenkläsionen, insbesondere nach:
 - operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - Rotatorenmanschettenruptur,
 - schwere Schultersteife (frozen shoulder),
 - Impingement-Syndrom,
 - Schultergelenkluxation,
 - tendinosis calcarea,
 - periathritis humero-scapularis (PHS)
 - Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss
- 2.1.5 Amputationen
- 2.2 Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus.
- Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
- 2.3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
- Krankengymnastische Einzeltherapie
 - physikalische Therapie nach Bedarf
 - medizinisches Aufbautraining
- und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:
- Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage
 - Isokinetik
 - Unterwassermassage
- 2.4 Die durchgeführten Leistungen sind durch die Patientin oder den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.
- 2.5 Die in Nummer 2.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.
3. Medizinisches Aufbautraining (MAT)
- Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn
- das medizinische Aufbautraining von Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzten, von Ärztinnen oder Ärzten der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, von einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
 - Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
 - jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird. Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.
- Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt.
- Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich bei von einer Ärztin oder einem Arzt erbrachten Leistungen nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie.
- Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3fachen der Einfachsätze der GOÄ beihilfefähig:
- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.
Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
 - Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, zuzüglich zusätzlichem Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (je Sitzung) und begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 15 der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1.

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

4. Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologinnen und Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Beihilfefähigkeit
der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung
und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind – gegebenenfalls im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:

Abduktionslagerungskeil
Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)
Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
Alarmgerät für Epileptikerinnen oder Epileptiker
Anatomische Brillenfassung
Anus-*praeter*-Versorgungsartikel
Anzieh-/Ausziehhilfen
Aquamat
Armmanschette
Armtragegurt/-tuch
Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl
Atemtherapiegeräte
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)
Auffahrrampen für Krankenfahrstuhl
Aufrichteschlaufe
Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig)
Aufstehgestelle
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung)
Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen
Augenschielklappe, auch als Folie

Badestrumpf
Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits)
Badewannenverkürzer
Ballspritze
Behinderten-Dreirad
Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
Bettnässer-Weckgerät
Beugebandage
Billroth-Batist-Lätzchen
Blasenfistelbandage
Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
Blindenstock/-langstock/-taststock
Blutgerinnungsmessgerät (nur bei erforderlicher Dauerantikoagulation, künstlichem Herzklappenersatz)
Blutlanzette
Blutzuckermessgerät
Bracelet
Bruchband

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

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

Einlagen, orthopädische
 Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
 Ekzem-Manschette
 Elektro-Stimulationsgerät
 Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
 Epitrain-Bandage
 Ernährungssonde
 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
 Fingerling
 Fingerschiene
 Fixationshilfen
 (Mini)Fonator
 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)
 Gehgipsgalosse
 Gehhilfen und -übungsgeräte
 Gehörschutz
 Genutrain-Aktiv-Kniebandage
 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
 Gilchrist-Bandage
 Gipsbett, Liegeschale
 Glasstäbchen
 Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz
 Gummistrümpfe
 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
 Handgelenkriemen
 Hebekissen
 Heimdialysegerät
 Helfende Hand, Scherenzange
 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
 Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte, schallaufnehmendes Gerät bei teilimplantiertem Knochenleitungs-Hörsystem); einschließlich der Nebenkosten bis zu 1 025 Euro je Ohr ggf. zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung
 Impulsvibrator
 Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör
 Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
 Innenschuh, orthopädischer
 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
 Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen
 Ipos-Vorfußentlastungsschuh
 Kanülen und Zubehör
 Katapultsitz
 Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
 Kieferspreizgerät
 Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
 Klumpfußschiene
 Klumphandschiene
 Klyso
 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
 Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
 Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
 Knöchel- und Gelenkstützen
 Körperersatzstücke einschließlich Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 Euro zu berücksichtigen und bei Badeanzügen, Bodys oder Korsett für Brustprothesenträgerinnen von 40 Euro)
 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
 Koordinator nach Schielbehandlung
 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
 Kopfschützer
 Korrektursicherungsschuh

Krabbler für Spastikerinnen und Spastiker
Krampfaderrinde
Krankenfahrstuhl mit Zubehör
Krankenpflegebett
Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke

Latextrichter bei Querschnittlähmung
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
Lispelsonde
Lumbalbandage

Malleotrain-Bandage
Mangoldsche Schnürbandage
Manutrain-Bandage
Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
Milchpumpe
Mundsperrer
Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.
Orthesenschuhe
Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (max. 6 Paar Schuhe pro Jahr)

Pavlikbandage
Peak-Flow-Meter
Penisklemme
Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel
Polarimeter
Psoriaskamm

Quengelschiene

Reflektometer
Rektophor
Rollator
Rollbrett
Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
Schede-Rad
Schrägliegebrett
Schutzbrille für Blinde
Schutzhelm für Behinderte
Schwellstromapparat
Segofix-Bandagensystem
Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
Skolioseumkrümmungsbandage
Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
Sphinkter-Stimulator
Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
Spreizfußbandage
Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
Spritzen
Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden oder Lähmungszuständen (Einzelschuhversorgung)
Stehübungsgerät
Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
Strickleiter
Stubbies
Stumpfschutzhülle
Stumpfstrumpf
Suspensorium
Symphysen-Gürtel

(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
 Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)
 Tinnitus-Gerät
 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
 Tragegurtsitz

Übungsschiene
 Urinale
 Urostomie-Beutel

Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung)
 Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe
 Wechseldruckgerät

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.
3. Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
 - a) Anschaffungen zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,
 - b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

aa) Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden	56,43 Euro,
bb) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten Takt anteilig berechnet wird	44,87 Euro,
cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	0,30 Euro,
dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainerin oder des Trainers nicht zumutbar ist	26,00 Euro.

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

 - c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstabe b,
 - d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch die Mobilitätstrainerin oder den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls diese oder dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

4 Sehhilfen

4.1 Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig

– bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

– nach Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn aufgrund der Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, beide Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge $\leq 0,3$ beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld ≤ 10 Grad bei zentraler Fixation ist.

Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung einer Augenärztin oder eines Augenarztes. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin oder eines Augenoptikers. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig.

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

a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis ± 6 Dioptrien (dpt):

Einstärkengläser:	für das sph. Glas	31,00 Euro
	für das cyl. Glas	41,00 Euro
Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	72,00 Euro
	für das cyl. Glas	92,50 Euro

b) bei Gläserstärken über ± 6 Dioptrien (dpt):

zuzüglich je Glas 21,00 Euro

c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:

zuzüglich je Glas 21,00 Euro

d) Gläser mit prismatischer Wirkung:

zuzüglich je Glas 21,00 Euro.

4.1.2 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nummer 4.1.1 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

4.1.2.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)

zuzüglich je Glas bis zu 21 Euro

a) bei Gläserstärken ab ± 6 dpt,

b) bei Anisometropien ab 2 dpt,

c) unabhängig von der Gläserstärke

aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,

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

cc) Brillen, die im Rahmen der Schulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind.

4.1.2.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser

zuzüglich je Glas bis zu 11 Euro bei

a) umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),

b) krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen,

c) Fortfall der Pupillenverengung (z. B. absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),

d) chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht beherrschbar sind (z. B. Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),

e) entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,

f) Ciliarneuralgie,

g) Blendung bedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,

- h) totaler Farbenblindheit,
 - i) unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
 - j) intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
 - k) Gläsern ab + 10 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille.
- 4.1.3 Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe sind bei nachstehend aufgeführten Indikationen für Kurzzeitlinsen bis zu 154 Euro (sphärisch) bzw. bis zu 230 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig:
- a) Myopie ab 8 dpt,
 - b) Hyperopie ab 8 dpt,
 - c) irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 % verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
 - d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
 - e) Astigmatismus obliquus (Achslage 45° \pm 30° bzw. 135° \pm 30°) ab 2 dpt,
 - f) Keratokonus,
 - g) Aphakie,
 - h) Aniseikonie (bei gleicher oder wenig differenter Refraktion beider Augen muss eine Aniseikonie-messung nach einer anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode erfolgen und dokumentiert werden),
 - i) Anisometropie ab 2 dpt.
- Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei Vorliegen der Indikationen neben den Kontaktlinsen Aufwendungen für eine Brille im Rahmen der Nummern 4.1.1 und 4.1.2 zusätzlich beihilfefähig. Liegt keine der Indikationen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.
- 4.2 Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. Ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.
- 4.3 Therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankungen sind in folgenden Fällen bei bestehender medizinischer Notwendigkeit beihilfefähig:
- 4.3.1 Lichtschutz mit einer 75%igen Transmission oder weniger bei
- a) den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
 - b) Albinismus.
- 4.3.2 UV-Kantenfilter (400 nm) bei
- a) Aphakie (Linsenlosigkeit),
 - b) Photochemotherapie (zur Absorption des langwelligen UV-Lichts),
 - c) als UV-Schutz nach Staroperation, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,
 - d) Iriskolobomen,
 - e) Albinismus.
- Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.
- 4.3.3 Kantenfilter (540 bis 660 nm) bei
- a) dystrophischen Netzhauterkrankungen, z. B. Zapfenanomalien der Netzhaut bedingte Sehstörung (Achromatopsie), Retinopathia pigmentosa,
 - b) Iriskolobomen,
 - c) Albinismus.
- Kantenfilter sind nicht beihilfefähig bei altersbedingter Makuladegeneration, diabetischer Retinopathie und Fundus myopicus.
- Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.
- 4.3.4 Horizontale Prismen in Gläsern ab 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ab 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen), bei krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern, sowie bei Augenmuskelparesen Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern. Bei vertikalen Prismen gelten die Voraussetzungen des Satzes 1 mit Ausnahme, dass der Grenzwert jeweils 1 Prismendioptrie beträgt.

- Die Verordnung setzt in jedem Fall eine umfassende augenärztliche orthoptisch-pleoptische Diagnostik voraus. Isolierte Ergebnisse einer subjektiven Heterophorie-Testmethode begründen keine Verordnungsfähigkeit von Folien und Gläsern mit prismatischer Wirkung. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sind nicht verordnungsfähig. Höhenausgleichsprismen bei Bifokalgläsern mit Fernkorrektur > 2 dpt Unterschied sind nicht verordnungsfähig. Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, z. B. prä- oder postoperativ, ist der Einsatz von Prismenfolien angezeigt.
- 4.3.5 Organisches Glas mit sphärischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Organisches Glas mit sphäro-torischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- 4.3.6 Okklusionskapseln, Okklusionsfolien und Okklusionspflaster bei Amblyopie, d. h. einer funktionellen Schwachsichtigkeit mit Herabsetzung der zentralen Sehschärfe ohne erkennbaren pathologischen Befund.
- 4.3.7 Uhrglasverbände bei unvollständigem Lidschluss, z. B. infolge einer Gesichtslähmung, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.
- 4.3.8 Irislinsen bei den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris – Regenbogenhaut – (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse).
- 4.3.9 Okklusionsschalen/Okklusionslinsen zur Amblyopie, sofern eine andere Behandlungsform nicht möglich ist.
- 4.3.10 Verbandlinsen/Verbandschalen bei/nach
- Erosionen, Epitheldefekten, Ulzeration der Hornhaut (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
 - Abrasio nach Operation (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
 - Verletzung,
 - Verätzung,
 - Verbrennung,
 - Hornhautperforation oder lamellierende Hornhautverletzung,
 - Keratoplastik,
 - Hornhautentzündungen und -ulzerationen, z. B. Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis, Keratitis herpetica,
 - kontinuierlicher Medikamentenzufuhr als Medikamententräger.
- 4.3.11 Kontaktlinsen
- bei ausgeprägtem, fortgeschrittenen Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen (z. B. Vogt-Linien) und Hornhautradius < 7,0 mm zentral oder im Apex oder
 - nach Hornhauttransplantation/Keratoplastik.
- 4.3.12 Kunststoffgläser bei Patientinnen und Patienten, die an Epilepsie oder an Spastiken erkrankt sind – sofern sie erheblich sturzgefährdet sind – oder Einäugige (Einäugige: bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges von < 0,2).
- 4.4 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind die Aufwendungen für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 4.1.1 und 4.1.2 und für eine Brillenfassung bis zu 52 Euro beihilfefähig.
- 4.5 Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleich bleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
- sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,
 - die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
 - sich die Kopfform geändert hat.
- 4.6 Aufwendungen für
- Sehhilfen, die nur für eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,
 - Bildschirmbrillen,
 - Brillenversicherungen,
 - Zweitbrillen, Reservebrillen,
 - Etui
- sind nicht beihilfefähig.

Anlage 6

(zu § 25 Abs. 1, 2 und 4)

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

Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 6 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 25 Abs. 2) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk
Adju-Set/-Sano
Angorawäsche
Anti-Allergene-Matratzen und Bettbezüge
Aqua-Therapie-Hose
Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl
Augenheizkissen
Autofahrerrückenstütze
Autokindersitz
Autokofferraumlifter
Autolifter
Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte
Bandagen (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Basalthermometer
Bauchgurt
Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung
Bett (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
Bett-Tisch
Bidet
Bildschirmbrille
Bill-Wanne
Blinden-Uhr
Blutdruckmessgerät
Brückentisch
Dusche
Einkaufsnetz
Einmal-Handschuhe mit Ausnahme bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter, bei Querschnittgelähmten zur Darmentleerung
Eisbeutel und -kompressen
Elektrische Schreibmaschine
Elektrische Zahnbürste
Elektrofahrzeuge
Elektro-Luftfilter
Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)
Erektionshilfen
Ergometer
Ess- und Trinkhilfen
Expander
Farberkennungsgerät
Fieberthermometer
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)
(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge
Handschuhe (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Handtrainer
Hängeliege
Hantel (Federhantel)
Hausnotrufsystem
Hautschutzmittel
Heimtrainer
Heizdecke/-kissen
Hilfsgeräte für die Hausarbeit

Höhensonne
Hörkissen
Hörkragen Akusta-Coletta
Intraschallgerät „NOVAFON“
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)
Ionopront, Permax-Sauerstoffzeuger
Katzenfell
Klingelleuchte (soweit nicht von Anlage 5 erfasst)
Knickfußstrumpf
Knoche Natur-Bruch-Slip
Kolorimeter
Kommunikationssystem
Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
Krankenunterlagen, es sei denn, sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Decubitusbehandlung oder bei Dermatitis). Entsprechendes gilt, wenn neben der Blasen- oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (z. B. Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne eines dieser Mittel der Eintritt von Decubitus oder Dermatitis droht. Dies gilt auch, wenn dadurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wieder ermöglicht wird.
Kreislaufgerät „Schiele“
Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
Language-Master
Luftreinigungsgeräte
Magnetfolie
Monophonator
Munddusche
Nackenheizkissen
Nagelspange Link
Öldispersionsapparat
Pulsfrequenzmesser
Rotlichtlampe
Rückentrainer
Salbenpinsel
Schlaftherapiegerät
Schuh (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Spezialsitze
Spirometer
Spranzbruchband
Sprossenwand
Sterilisator
Stimmübungssystem für Kehlkopflöse
Stockroller
Stockständer
Stufenbett
SUNTRONIC-System (AS 43)
Taktellgerät
Tamponapplikator
Tandem für Behinderte
Telefonverstärker
Telefonhalter
Therapeutische Wärme-/Kältesegmente
Treppenlift, Monolift, Plattformlift
Tünkers Butler
Übungsmatte
Ultraschalltherapiegeräte
Umweltkontrollgerät
Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen
Waage
Wandstandgerät
WC-Sitz
Zahnpflegemittel
Zweirad für Behinderte.