

## Anträge

▶ Hinweise zum Beihilfeantrag

▶ [Antrag auf Beihilfe](#)

▶ [Kurzantrag auf Beihilfe](#)

▶ [Pflegeantrag auf Beihilfe](#)

▶ Fragebogen zum Unfall

▶ Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsbehandlung

▶ Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer ambulanten Rehabilitationsbehandlung am Wohnort/in Wohnortnähe

### **Belastungsgrenze**

▶ Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

▶ Antrag auf Befreiung von Eigenbehalten

▶ Mitteilung über Änderung der Anschrift

▶ Mitteilung über Änderung der Bankverbindung

[→ an den Anfang](#)

## **Informationsblätter**

- ▶ [Informationsblatt über die Gewährung in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen](#)
- ▶ [Informationsblatt zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung](#)
- ▶ [Informationsblatt „Zahnärztliche Leistungen“](#)

[→ an den Anfang](#)

---

## **Arzneimittel**

- ▶ [OTC-Ausnahmeliste der nicht verschreibungsfähigen Arzneimittel](#)
- ▶ [Ausschlussliste Lifestyle-Arzneimittel](#)
- ▶ [Arzneimittelfestbeträge](#)
- ▶ [Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte](#)
- ▶ [Zuzahlungsbefreite Arzneimittel](#)

[→ an den Anfang](#)

[→ nach oben](#)

## Allgemeines

- ▶ [Rechtsgrundlage des Beihilfeanspruchs - § 62 Landesbeamtengesetz Brandenburg](#)
- ▶ [Beihilfefähigkeit von Heilpraktikergebühren ab 01.08.2013](#)

[→ an den Anfang](#)

[→ an den Anfang](#)

[→ direkt zur BBhV](#)

[→ direkt zur VwV](#)

[→ Anlagen](#)

## Stichwortverzeichnis Beihilfe

### A

- ◆ [Abschlagszahlungen](#)
- ◆ [Antragsverfahren](#)
- ◆ [Arznei- und Verbandmittel](#)
- ◆ [Aufwendungen im Ausland](#)

### B

- ◆ [Beamte auf Widerruf](#)
- ◆ [Belastungsgrenze](#)
- ◆ [Bemessung der Beihilfe](#)
- ◆ [Beurlaubung](#)

### D

- ◆ [Dienstunfall](#)

### E

- ◆ [Ehegatten \(berücksichtig.\)](#)
- ◆ [Eigenbehalte](#)
- ◆ [Ernährungsberatung](#)

### F

- ◆ [Fahrtkosten](#)
- ◆ [Familien- und Haushaltshilfe](#)
- ◆ [Festbetrag](#)
- ◆ [Früherkennung und Vorsorge](#)
- ◆ [Funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen](#)

### H

- ◆ [Häusliche Krankenpflege](#)
- ◆ [Hebamme](#)
- ◆ [Heilmittel \(Physiotherapie\)](#)
- ◆ [Heil- und Kostenplan](#)
- ◆ [Heilpraktiker](#)
- ◆ [Hilfsmittel](#)

### I

- ◆ [Implantologie](#)
- ◆ [Impfschutz](#)

### K

- ◆ [Kieferorthopädie](#)
- ◆ [Kinder](#)
- ◆ [Komplextherapie](#)
- ◆ [Krankenhausbehandlung](#)
- ◆ [Künstliche Befruchtung](#)
- ◆ [Kurortverzeichnis](#)

### P

- ◆ [Palliativversorgung](#)
- ◆ [Pflege](#)
- ◆ [Pille](#)
- ◆ [Psychotherapeutische Leistungen \(ambulant\)](#)

### R

- ◆ [Rehabilitationsmaßnahmen](#)

### S

- ◆ [Schwangerschaft und Geburt](#)
- ◆ [Sehhilfen](#)
- ◆ [Soziotherapie](#)
- ◆ [Stoßwellentherapie \(r-/ESWT\)](#)

### T

- ◆ [Therapeutische Sehhilfe](#)

### U

- ◆ [Unfall](#)

### V

- ◆ [Vollmacht](#)

### W

- ◆ [wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethode](#)
- ◆ [Widerspruch](#)

### Z

- ◆ [Zahnärztliche Leistung](#)
- ◆ [Zuschuss zur Krankenversicherung \(z.B. vom Rententräger\)](#)
- ◆ [Zahlung an Dritte](#)

[→ an den Anfang](#)



## **Aufwendungen im Ausland**

Aufwendungen, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union entstanden sind, sind angemessen bis zur Höhe der in dem Mitgliedstaat ortsüblichen Vergütungen. Aufwendungen, die außerhalb der Europäischen Union entstanden sind, sind angemessen bis zu der Höhe, in der sie im Inland angemessen wären. Abweichend davon sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen angemessen, soweit sie 1000 EUR je Krankheitsfall nicht übersteigen.

Bei fremdsprachlichen Belegen ist der Festsetzungsstelle möglichst eine Übersetzung beizufügen. Aus den Belegen müssen Grund (Angaben zur Diagnose) und Höhe der Aufwendungen ersichtlich sein.

Aufwendungen für Übersetzungen, evtl. Vergleichsberechnungen und sonstige Nachweise sowie Kosten für Auslandsüberweisungen sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.

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

[→ § 11 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## Arznei- und Verbandmittel

Für die Beihilfefähigkeit von ärztlich verordneten Arzneimitteln gilt folgendes:

**Aufwendungen für die von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt aus Anlass einer Krankheit nach Art und Umfang schriftlich verordneten oder bei einer ambulanten Behandlung verbrauchten Arznei- und Verbandmittel sind beihilfefähig. (§ 22 BBhV)**

**Beihilfefähig** sind Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Verordnete Arzneimittel müssen auf dem Rezept eine **Pharmazentralnummer (PZN)** aufweisen, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden (§ 51 Abs. 3 BBhV)

Sind für Arznei- und Verbandmittel **Festbeträge** festgesetzt, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig → [Anlage 7](#).

Klären Sie bereits bei der Verordnung durch Rückfrage beim Arzt, ob das Ihnen verordnete Arzneimittel einen Festbetrag hat. Der Arzt kann Sie über günstigere Alternativpräparate beraten.



Übersicht der Festbeträge –DIMDI [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

### **Nicht beihilfefähig**

- sind Arzneimittel die der Erhöhung der Lebensqualität dienen (Regulierung des Körpergewichts, Behandlung der sexuellen Dysfunktion, Bekämpfung der Nikotinabhängigkeit, Steigerung des sexuellen Verlangens, Verbesserung des Haarwuchses und des Aussehens) dienen. Ausnahme: die Verordnung erfolgt zu anderen Zwecken zur Behandlung einer Erkrankung (Einzelfallprüfung)  
*Life style Arzneimittel* → [Anlage 5](#)
- sind nach Vollendung des 20. Lebensjahres hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung (Pille), wenn damit die Verhütung einer Schwangerschaft erfolgt.
- sind Aufwendungen für apothekenpflichtige, aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Ausnahmen gelten z.B. für Kinder bis vollendetes zwölftes Lebensjahr oder bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard. Die Ausnahmen lehnen sich an Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und sind abschließend in der → [Anlage 6](#) aufgeführt.
- sind verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel



- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, Geschwüren in der Mundhöhle oder nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich
- Abführmittel, es sei denn, sie sind wegen einer schweren Grunderkrankung lebensnotwendig.
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit

#### Eingeschränkte Beihilfefähigkeit

Alkoholentwöhnungsmittel, Antidysmenorrhöika, Clopidogrel, Insulinanaloga, Klimakteriumstherapeutika, Prostatamittel und Saftzubereitungen für Erwachsene sind nur eingeschränkt beihilfefähig → [Anlage 8](#)

Medizinprodukte sind nur beihilfefähig, wenn sie in der → [Anlage 4](#) aufgeführt sind.

→ [§ 22 BBhV](#)

→ [nach oben](#)

### **Wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden**

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

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

Abweichend vom Regelfall: bei lebensbedrohender Erkrankung

[→ nach oben](#)

## **Widerspruch**

Die Beihilfe wird durch Bescheid schriftlich festgesetzt und enthält eine Rechtsbehelfsbelehrung. Innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheides kann Widerspruch bei der Beihilfestelle eingelegt werden. Über den Widerspruch entscheidet die Beihilferechtsbehelfsstelle – ggf. durch Widerspruchsbescheid. Dieser kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe durch Klage beim Verwaltungsgericht angefochten werden.

[→ nach oben](#)

## Belastungsgrenze

Die Eigenbehalte gemäß § 49 BBhV werden innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag

→ [Antrag auf Befreiung von Eigenbehalten](#)

nicht mehr abgezogen, wenn sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten (§ 50 BBhV). Der Antrag gilt nur für das jeweilige Kalenderjahr.

Die Belastungsgrenze beträgt

- **2 % des jährlichen Einkommens.**
- **1% des jährlichen Einkommens** für chronisch Kranke, die wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung sind.

Neu ab 20.09.2012 ! (3. Änderungsverordnung)

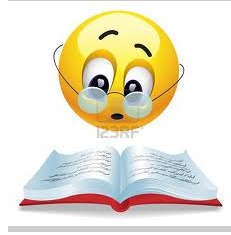
Auf Antrag sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in voller Höhe als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen entsprechend der Besoldungsgruppe über folgende Beträge liegen

Besoldungsgruppe A1 bis A8	Besoldungsgruppe A9 bis A12	Höhere Besoldungsgruppe
8 Euro	12 Euro	16 Euro

→ [§ 49 BBhV](#)

→ [§ 50 BBhV](#)

→ [nach oben](#)



## Sehhilfen

Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) sind für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig. Die erste Sehhilfe muss augenärztlich verordnet sein. Eine Sehschärfenbestimmung durch den Optiker reicht nur bei einer Ersatzbeschaffung aus. Die ärztliche Verordnung muss mit dem Beihilfeantrag vorgelegt werden.

**Neu ab 11.04.2017**

Sehhilfen zur Verbesserung des Visus sind auch beihilfefähig für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn ein verordneter Fern-Korrekturausgleich bei

- aa) **Myopie von mehr als 6 dpt,**
- bb) **Hyperopie von mehr als 6 dpt,**
- cc) **Astigmatismus von mehr als 4 dpt**

vorliegt.

Die Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung sind nur bei dem o. g. Personenkreis und nur dann beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Visus seit dem Kauf der bisherigen Brille drei Jahre, bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraumes die die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil

- sich die Refraktion geändert hat,
- die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- sich die Kopfform geändert hat.

Aufwendungen für Brillenfassungen sind nicht beihilfefähig.

**Nicht beihilfefähig** sind die Aufwendungen für Bildschirmbrillen, Zweitbrillen, Brillenetuis und Brillenversicherungen.

**Therapeutische Sehhilfen** zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankungen sind in folgenden Fällen bei bestehender medizinischer Notwendigkeit und der Verordnung durch eine Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde beihilfefähig → [Anlage 11 Abschnitt 4 Unterabschnitt 5](#)

→ [nach oben](#)



## Unfall

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

Beruht der Unfall ausschließlich auf **Selbstverschulden**, reicht in der Regel die kurze Darstellung auf dem Beihilfeantrag.

Sollten Sie jedoch einen **Schadensersatzanspruch** gegen eine dritte Person haben, fordern Sie bitte bei der Beihilfestelle das Formblatt „Unfallangaben“ an. Diesen erhalten Sie auch unter Merkblätter/Vordrucke. [506-01.pdf](#) Unfallfragebogen

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

[→ nach oben](#)

## **Dienstunfall**

Bei Vorliegen eines anerkannten Dienstunfalls besteht zu den unfallbedingten Aufwendungen kein Anspruch auf Gewährung einer Beihilfe. In diesem Fall sind nicht die Beihilfe und private Versicherung, sondern die Unfallfürsorge des Dienstherrn für die Erstattung der Kosten nach §§ 30 ff BeamVG zuständig.

Reichen Sie die Originalrechnungen bei der im Bescheid über die Anerkennung des Dienstunfalls genannten zuständigen Stelle zur Erstattung ein.

Besteht noch keine abschließende Entscheidung über die Anerkennung als Dienstunfall, können die unfallbedingten Aufwendungen mit einem Beihilfeantrag in der Beihilfestelle geltend gemacht werden. Die Beihilfe wird unter Vorbehalt gewährt bis zur endgültigen Entscheidung. Danach erfolgt ggf. eine Rückforderung der gewährten Beihilfe.

[506-01.pdf](#) Unfallfragebogen

[→ nach oben](#)

**Vollmacht**

Für den Fall, dass der Beihilfeberechtigte nicht / nicht mehr in der Lage ist, selbst einen Beihilfeantrag zu stellen, kann unter Vorlage einer Vollmacht eine andere Person den Beihilfeantrag für den Beihilfeberechtigten stellen.

[→ nach oben](#)



## **Eigenbehalte**

Von den beihilfefähigen Aufwendungen bzw. von der Beihilfe werden zum Teil Eigenbehalte abgezogen (z.B. bei Arzneimitteln, Hilfsmitteln, Fahrtkosten usw.). Im Beihilfebescheid wird auf den jeweiligen Abzug hingewiesen. Wird die Belastungsgrenze erreicht, sind die Eigenbehalte auf Antrag nicht mehr abzuziehen

→§ 49 Abs. 1 bis 4 BBhV

→ nach oben

## Ernährungsberatung

→ (Höchstbeträge Bereich Ernährungstherapie Anlage 9)

Zugelassene Leistungserbringer (Anlage 10)

1. Bereich Ernährungstherapie
  - a) Diätassistentin oder Diätassistent,
  - b) Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
  - c) Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler

→ nach oben

## **Fahrtkosten → § 31 BBhV.**

Beihilfefähig sind **ärztlich verordnete Fahrten** zur **nächstgelegenen Behandlungsmöglichkeit**.

Rettungsfahrten und Fahrten zur stationären Krankenbehandlung können auch von Zahnärztinnen oder Zahnärzten, durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder -therapeuten verordnet werden, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.

Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungsmaßnahmen können nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn diese zuvor beantragt werden und die Festsetzungsstelle zugestimmt hat. In besonderen Ausnahmefällen gilt die Genehmigung als erteilt:

### **Ausnahmefälle:**

- beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen
  - a) mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen
    - aa) „aG“,
    - bb) „Bl“,
    - cc) „H“, oder
  - b) der Pflegegrade 3 bis 5 oder
- notwendigen Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie.

### **AHB oder Suchtbehandlung (stationär oder ambulanz)**

Fahrtkosten für das Taxi oder dem Krankentransport sind bis zur nächst geeigneten Einrichtung und nur mit ärztlicher Verordnung erstattungsfähig. Der Eigenbehalt beträgt je Fahrt 10 v. H. mind. 5 EUR max. 10 EUR.

Fahrtkosten für die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln oder PKW sind ohne ärztliche Verordnung bis maximal 200 EUR für die gesamte Maßnahme erstattungsfähig.

### **Fahrten zur stationären Rehabilitation bzw. ambulanz am Kurort**

Fahrtkosten für die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, PKW sowie Taxi sind ohne ärztliche Verordnung bis maximal 200 EUR für die gesamte Maßnahme erstattungsfähig.

### **Fahrten zur Rehabilitation ambulanz am Wohnort (auch für EAP)**

Fahrtkosten für die Fahrt mit dem Taxi sind bis zur nächst geeigneten Einrichtung und nur mit ärztlicher Verordnung erstattungsfähig. Der Eigenbehalt 10 v. H. mind. 5 EUR max. 10 EUR wird für die erste und letzte Fahrt berücksichtigt

Fahrkosten für die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln oder PKW sind ohne ärztliche Verordnung bis maximal 200 EUR für die gesamte Maßnahme erstattungsfähig.

**Bei Fahrten mit dem PKW nach § 31 Abs. 2 sind maximal 130 EUR (Hin- und Rückfahrt) beihilfefähig.**

Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Bundesreisekostengesetz (BRKG) entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Abs. 1 BRKG gewährt wird. Das sind derzeit 0,20 Euro je Kilometer. Bei Krankentransport- und Rettungsfahrten sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

[→ nach oben](#)

## **Familien- und Haushaltshilfe**

Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro, beihilfefähig, wenn

**Neu!**

### **7.Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung**

**Gültig ab 1.11.2016      West : 10 Euro/h**

**Ost:      9 Euro/h**

**Maximal 8 Stunden pro Tag.**

#### Voraussetzung

1. die oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige kann den Haushalt wegen ihrer oder seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§ 24 Absatz 1 und 3, §§ 26, 26a und 32 Absatz 1, §§ 34 und 35 Absatz 1 Nummer 1 bis 5, §§ 39 und 40 Absatz 2) nicht weiterführen oder ist verstorben,
2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat
3. keine andere im Haushalt lebende Person kann den Haushalt weiterführen.

Zur Beantragung der Beihilfe ist im Beihilfeantrag eine Abrechnung der Stunden mit Anschrift und Unterschrift der Haushaltshilfe vorlegen.

[→ § 28 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## **Festbetrag**

Da es auf dem deutschen Markt eine Vielzahl von Arzneimitteln mit der gleichen therapeutischen Wirkung aber sehr unterschiedlich hohen Preisen gibt, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen für ein verordnetes Medikament nicht automatisch die Gesamtkosten sondern nur einen vorher festgelegten Betrag. Diese Festbeträge werden für Gruppen vergleichbarer Arzneimittel vom Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt. Der Arzt kann dann immer zwischen mehreren Präparaten einer Gruppe wählen.

Diese Regelung gilt auch im Beihilferecht. Ist für ein Arznei- oder Verbandmittel ein Festbetrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch festgesetzt, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe des Festbetrags beihilfefähig. Verschreibt der Arzt ein Medikament, das teurer ist als der Festbetrag, so erhält er nur Beihilfe auf der Grundlage des Festbetrags.

[→ § 22 Abs. 3 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## Früherkennung und Vorsorge

Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen

### **Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich**

sind beihilfefähig und gelten entsprechend nach §§ 20i, 25, und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Kinder

- in den ersten 10 Lebensjahren (U1 bis U 11) Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten
- zwischen dem vollendeten 13. u. 14. Lj. Bzw. 16. und 18. Lj. Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen

Frauen

- **Krebsvorsorge Frauen**

- ab 20 Jahren jährlich Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales
- ab 30 Jahren jährlich der Brust
- ab 50 Jahren jährlich des Rektums und des Dickdarms (Papierstreifentest)
- ab 55 Jahren Darmspiegelung (Wiederholung nach 10 Jahren)
- ab 50 Jahren bis alle zwei Jahre Mammographie-Screening bis zum 70. LJ.

Männer

- **Krebsvorsorge Männer**

- ab 45 Jahren jährlich die Aufwendungen der Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata, des äußeren Genitales
- ab 50 Jahren jährlich des Rektums und des Dickdarms (Papierstreifentest)
- ab 55 Jahren Darmspiegelung (Wiederholung nach 10 Jahren)

Krebsvorsorge Frauen und Männer

- ab 35 Jahren alle zwei Jahre eine Untersuchung der Haut auf Hautkrebs-Screening

## Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten Frauen und Männer

- **ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres**  
**einmalig** (Neu! Gilt ab 31.07.2018 mit Inkrafttreten der 8.ÄVO)

**Untersuchungen aus dem Blut** (einschließlich Blutentnahme) bei entsprechendem Risikoprofil, z.B. positiver Familienanamnese, Adipositas oder Bluthochdruck:

- Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride)
- Nüchternplasmaglucoese

- **ab Vollendung des 35 Lebensjahres: alle 3 Jahre**

Gesundheitsuntersuchung umfasst

- **Anamnese**
- **Klinische Untersuchung**
- **Labor**
  - a) Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride
  - b) Nüchternplasmaglucoese
  - c) Untersuchungen aus dem Urin (Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit (Harnstreifentest))
- **Risikoadaptierte ärztliche Beratung und Aufklärung**
- **Ergebnis der Gesundheitsuntersuchung**

plus Überprüfung Impfstatus

Der Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Leistungen zur

**zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge**



Prophylaktische Zahnärztliche Leistungen

Der Umfang der Beihilfefähigkeit zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge (Untersuchung, Beratung, Individualprophylaxe, Zahnreinigungen) richtet sich nach den entsprechenden Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen im GKV-Bereich.



Die professionelle Zahnreinigung (PZR) gehört ebenfalls zu den Vorsorgeleistungen allerdings ist der Leistungsausschluss anderer prophylaktischer Leistungen zu beachten.

[→ § 41 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## Häusliche Pflege

die Beihilfe unterstützt Sie, wenn Sie bei sich zu Hause **häusliche Krankenpflege** benötigen. Die Leistung beinhaltet die im Einzelfall erforderliche

- Behandlungspflege, Grund- und hauswirtschaftliche Versorgung durch geeignete Pflegekräfte
- Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen
- Ambulante Psychiatrische Krankenpflege und
- Ambulante Palliativversorgung.

Bei einer häuslichen Krankenpflege sind die Aufwendungen angemessen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger. Die abgerechneten Sätze müssen ortsüblich sein und in dieser Höhe auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine von der Ärztin oder dem Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.

Im Regelfall sind die Aufwendungen der häuslichen Pflege bis 4 Wochen beihilfefähig.

[→ § 27 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## **Hebamme**

Aufwendungen für die Hebamme oder den Entbindungspfleger sind im Rahmen der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung, wo die Leistungserbringung stattfindet, beihilfefähig.

[→§ 42 Abs. 1 Nr. 2 BBhV](#)

[→ nach oben](#)



## Heilmittel

Heilbehandlungen (z. B. Massagen, Krankengymnastik) sind zu *bestimmten Höchstbe-  
trägen* beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet wurden und wenn sie von

1. Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativver-  
sorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
  - a) Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
  - b) Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bade-  
meister,
  - c) Krankengymnastin oder Krankengymnast,
  
2. Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
  - a) Logopädin oder Logopäde,
  - b) Staatlich anerkannte Sprachtherapeutin oder staatlich anerkannter Sprachtherapeut,
  - c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin der Schule Schlaffhorst- Ander-  
sen oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule  
Schlaffhorst-Andersen,
  - d) medizinische Sprachheilpädagogin oder medizinischer Sprachheilpädagoge,
  - e) klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
  - f) klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler,
  - g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörun-  
gen, Stottern oder Poltern auch
    - aa) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
    - bb) Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomlehrer  
für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
    - cc) Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Dip-  
lomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
    - dd) Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomer-  
zieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
  - h) Diplompatholinguistin oder Diplompatholinguist,
  
3. Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)
  - a) Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
  - b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitsthera-  
peut,
  
4. Bereich Podologie

- a) Podologin oder Podologe,
- b) medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,

5. Bereich Ernährungstherapie

- a) Diätassistentin oder Diätassistent,
- b) Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
- c) Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

durchgeführt wurden.

Bitte legen Sie Ihrem Beihilfeantrag zusammen mit der Rechnung eine ärztliche Verordnung bei, auf der

- die Art der Behandlung,
- die Anzahl der Behandlungen und
- die Diagnose

vermerkt sind.

Aufwendungen für ärztlich verordnete **Heilmittel (z.B. Krankengymnastik, Massage, Elektrotherapie usw.)** und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig, wenn diese in der

→ [Anlage 9 § 23 Abs. 1 BBhV](#) aufgeführt sind und von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach

→ [Anlage 10 § 23 Abs. 1 BBhV](#) und [§ 24 Abs. 1 BBhV](#) angewandt werden.

→ [§ 23 BBhV](#)

→ [nach oben](#)

## **Heil- und Kostenplan**

Die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes vor Behandlungsbeginn ist grundsätzlich nicht erforderlich, da die Beihilfevorschriften auch bei umfangreichen zahnärztlichen Maßnahmen kein Voranerkennungsverfahren vorsehen.

Eine Ausnahme besteht nur bei kieferorthopädischen Behandlungen [§ 15a BBhV](#), wo ausdrücklich die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes gefordert wird.

[→§ 14 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## **Heilpraktiker**

Aufwendungen für Leistungen von **Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern**, die ab 1. Januar 2012 entstehen, sind entsprechend dem in der [→ Anlage 2](#) genannten Honorar beihilfefähig.

### **Neu !**

Machen Sie vor Beginn der Behandlung die Heilpraktikerin bzw. den Heilpraktiker darauf aufmerksam, dass sie eine Behandlung zu den mit den Heilpraktikerverbänden vereinbarten Honoraren wünschen. Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, die nicht an den Vertrag gebunden sind, können höhere Honorare berechnen.

[→ Heilpraktikerverbände, die die Vereinbarung vom 23.September 2011 unterzeichnet haben.](#)

[→ § 13 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## Hilfsmittel

Aufwendungen für **ärztlich verordnete** *Hilfsmittel*, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

- **Beihilfefähige Hilfsmittel** → [Anlage 11 BBhV](#)
- **nicht beihilfefähige Hilfsmittel** → [Anlage 12 BBhV](#)

[→ § 25 BBhV](#)

[→ nach oben](#)





## Implantologische Leistungen

Beihilfefähig sind **höchstens 2 Implantate je Ober- und Unterkiefer**, wenn keiner der in § 15 BBhV genannten besonderen Ausnahmefälle vorliegt. Bereits durch die Beihilfe gewährte bzw. aus sonstigen öffentlichen Mitteln finanzierte Implantate werden mitgerechnet.

### Ausnahmen!

- Bei implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer sind die Aufwendungen für **höchstens 4 Implantate je Kiefer**, einschließlich vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig.
- In den besonderen Ausnahmefällen sind Implantate nach Einzelfallprüfung beihilfefähig.

Aktueller Zahnstatus mit Angabe der bereits vorhandenen Implantate sowie ggf. vorliegender Indikationen ist beizufügen.

[→ § 15 Abs. 1 BBhV](#)

[→ nach oben](#)



## Impfschutz nach der Schutzimpfungsrichtlinie

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

Der Umfang der Schutzimpfungen richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SiR) in der jeweiligen Fassung.

**Zu den entsprechend ärztlich verordneten beihilfefähigen Schutzimpfungen gehören Impfungen gegen**

• Diphtherie	• Tenatus	• FSME	• Pertussis
• Polio	• Grippe	• MMR	

**Weitere Schutzimpfungen sind nur bei Nachweis einer medizinischen Indikation nach Schutzimpfungsrichtlinie oder für Kinder beihilfefähig;**

Indikation		Kinder (entsprechend Impfkalender der STIKO)	
• Hepatitis A und B	• Varizellen	• Hepatitis B	• Masern
• Hib	• Tollwut	• Hib	• Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (Mädchen/Jungen)
• Meningokokken C		• Meningokokken C	• Mumps
• Penumokokken		• Penumokokken	• Röteln
		• Varizellen	• Rotaviren

Für Reiseschutzimpfungen besteht entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie kein Leistungsanspruch (z.B. Hepatitis A und B, Cholera, Gelbfieber, Tuberkulose, Typhus, Tollwut, Malariaprohylaxe u.a.)

[→ § 41 Abs. 1 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für **kieferorthopädische Leistungen** sind beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien, insbesondere bei angeborenen Missbildungen des Gesichts oder eines Kiefers, skelettalen Dysgnathien oder verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen, eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt.

**und** die Festsetzungsstelle den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines *Heil- und Kostenplanes* zugestimmt hat.

Eine **Frühbehandlung** ist nur bei Vorliegen der im § 15 a BBhV genannten Diagnosen beihilfefähig und soll nicht vor Vollendung des dritten Lebensjahres begonnen und innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen werden.

Für eine **kieferorthopädische Behandlung Erwachsener** ist abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 eine Beihilfe zu Aufwendungen zu bewilligen, wenn durch ein Gutachten bestätigt wird, dass

1. die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können,
2. keine Behandlungsalternative vorhanden ist,
3. erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion **und**
4. eine sekundäre Anomalie vorliegt, die erst im Erwachsenenalter erworben wurde.

Zur weiteren Prüfung ist ein zahnärztliches Attest des Fachzahnarztes für Kieferorthopädie vorzulegen. Im Anschluss wird ggf. ein Gutachten eingeholt.

[→§15a](#)

[→ nach oben](#)

## **Funktionsanalytische- und funktionstherapeutische Leistungen**

***Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen befinden sich im Abschnitt J der Gebührenordnung für Zahnärzte und betreffen die Gebühr 8000ff GOZ***

Diese sind nur unter bestimmten Voraussetzungen →[§ 15b BBhV](#) beihilfefähig. Zur Prüfung der Voraussetzung (Indikation) ist eine Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nummer 8000 der GOZ der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vorzulegen.

[→ nach oben](#)

## **Komplextherapien**

**Komplextherapien** sind fachgebietsübergreifende Behandlungen, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls nichtärztliches Personal durchgeführt werden.

Dazu gehören

- ambulante Entwöhnungstherapien,
- ambulante Tinitustherapien,
- ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell
- ambulante kardiologische Therapien,
- Diabetikerschulungen, Adipositaschulungen sowie
- medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 SGB IX.

Die Vergütung richtet sich nach den gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern.

[→ § 24 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## **Krankenhausbehandlung in zugelassenen Krankenhäusern**

(Vergütung nach § 108 SGB V)

Aufwendungen für Leistungen in öffentlichen **Krankenhäusern**, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, sind beihilfefähig.

- Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung
- Allgemeine Krankenhausleistungen
- Belegärztinnen und Belegärzte
- Unterbringung Begleitperson, sofern aus medizinischen Gründen notwendig

### **Inanspruchnahme von Wahlleistungen**

1. wahlärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung usw.)
2. einer besseren Unterkunft (1-oder 2-Bett-Zimmer)

Gemäß § 62 Landesbeamtengesetz erhalten Beamte und Versorgungsempfänger Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach den für die Beamten und Versorgungsempfänger des Bundes jeweils geltenden Vorschriften mit der Maßgabe, **dass Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung (§ 26 Nr. 5 der Bundesbeihilfeverordnung – BBhV) nicht beihilfefähig sind.**

Die Maßgabe gilt nicht für am 1. Januar 1999 vorhandene Schwerbehinderte, solange die Schwerbehinderung andauert. Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige Angehörige von Beihilfeberechtigten.

[→ § 26 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## **Krankenhausbehandlung in Krankenhäusern ohne Zulassung**

(Voraussetzungen nach § 107 Abs. 1 SGB V jedoch nicht nach § 108 SGB V zugelassen)

### ***Privatkliniken***

Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) nicht anwenden, wird die obere Grenze des nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt und als beihilfefähig anerkannt.

Bei Berechnung von tagesgleichen Pflegesätzen gelten beihilfefähige Höchstbeträge.

Hier können hohe nicht beihilfefähige Krankenhauskosten entstehen.

Es besteht die Möglichkeit, einen Kostenvoranschlag einzureichen.

[→ § 26a BBhV](#)

[→ nach oben](#)



## Künstliche Befruchtung

Aufwendungen anlässlich einer künstlichen Befruchtung (§ 43 Abs. 1 BBhV) sind einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel bis zu 50 % der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.

Das bedeutet, dass nach Abzug einer hälftigen Eigenbeteiligung die Beihilfe zum üblichen Bemessungssatz gewährt wird.

### **Aufwendungen der künstlichen Befruchtung sind nur beihilfefähig,**

- für weibliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige, zwischen Vollendung des 25. und vor Vollendung des 40. Lebensjahrs,
- für männliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige zwischen Vollendung des 25. und vor Vollendung des 50. Lebensjahrs.

Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig. Darüber hinaus müssen beide miteinander verheiratet sein.

Die Vorlage eines entsprechenden **Behandlungsplanes** vor Beginn der Maßnahme ist zur Prüfung der Indikationen erforderlich. Den Behandlungsplan erhalten Sie auf Anforderung von der Beihilfestelle.

Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern erfolgt in enger Anlehnung an Nummer 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung.

Die Indikationen und sonstigen Voraussetzungen sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die künstliche Befruchtung geregelt.

Anzahl der Versuche:

Die Indikationen der einzelnen Versuche ergeben sich aus § 27a SGB V:

- bei der Insemination im Spontanzyklus bis maximal acht Versuche
- bei der Insemination nach hormoneller Stimulation bis maximal drei Versuche
- bei der In-vitro-Fertilisation (IVF) bis maximal drei Versuche
- beim intratubaren Gameten-Transfer (GIFT) bis maximal zwei Versuche
- bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) bis maximal drei Versuche

[→ § 43 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## **Palliativversorgung**

Aufwendungen für die spezialisierte ambulante **Palliativversorgung** sind beihilfefähig. Darüber hinaus sind Aufwendungen für die stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen mit ärztlicher Bescheinigung beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist und diese im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht möglich ist.

Beihilfefähige Höhe richtet sich nach § 37b Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

[→ § 40 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## **Pflege**

Die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu den Pflegegraden trifft die private Pflegeversicherung oder die gesetzliche Pflegekasse. Die Beihilfestelle übernimmt diese Entscheidung. Legen Sie daher immer den Grundbescheid über den Pflegegrad vor.

→ [§ 38 BBhV](#) Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen

→ [§ 38a Häusliche Pflege](#)

→ [§ 38b Kombinationsleistungen](#)

→ [§ 38c Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson](#)

→ [§ 38d Teilstationäre Pflege](#)

→ [§ 38e Kurzzeitpflege](#)

→ [§ 38f Ambulant betreute Wohngruppen](#)

→ [§ 38g Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes](#)

→ [§ 38h Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson](#)

→ [§ 39 Vollstationäre Pflege](#)

→ [§ 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe](#)

→ [§ 39b Aufwendungen bei Pflegegrad 1](#)

→ [nach oben](#)

## Psychotherapeutische Leistungen

### Allgemeines

Aufwendungen für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie) sind nur unter bestimmten Voraussetzungen dem Grunde nach beihilfefähig. Eine wesentliche Voraussetzung ist die vorherige Anerkennung der Behandlung durch die Beihilfestelle in der Regel auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens.

Die dafür notwendigen Vordrucke und genaue Hinweise zum Ablauf des vorgeschriebenen Verfahrens erhalten Sie auf telefonische Anfrage bei der Beihilfeline 0355 865 4005, schriftliche Anfrage, oder Anfrage per Mail an [Beihilfe@zbb.brandenburg.de](mailto:Beihilfe@zbb.brandenburg.de).

Vor der Bewilligung der Therapie können maximal 5 probatorische Sitzungen tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie bzw. maximal 8 probatorische Sitzungen analytische Psychotherapie als beihilfefähig anerkannt werden.

Aufwendungen für Leistungen der

- ***Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung*** → [§18 BBhV](#)
- ***Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie*** → [§ 18a BBhV](#)
- ***Psychoanalytisch begründete Verfahren*** → [§ 19 BBhV](#)
- ***Verhaltenstherapie*** → [§20 BBhV](#)
- ***Psychosomatische Grundversorgung*** → [§21 BBhV](#)

sind nur beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach → [Anlage 3 Nr. 2 bis 4 BBhV](#) erbracht werden.

→ [nach oben](#)

## Rehabilitationsmaßnahmen

Aufwendungen für **Rehabilitationsmaßnahmen** nach den Nr. 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf entsprechenden Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat.

Beihilfefähig sind nachfolgende Maßnahmen (Nr. 1 bis 6) unter folgenden Voraussetzungen:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Stationäre Reha (Sanatorium)  | Amtsärztliche Bestätigung  |
| 2. Mutter/Vater/Kind-Reha  | Amtsärztliche Bestätigung  |
| 3. Familienreha bei Krebserkrankung des Kindes   | ärztliche Verordnung   |
| 4. ambulante Reha in anerkanntem Kurort (Heilkur)<br><b>(NEU! Unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan)</b> | Amtsärztliche Bestätigung/nur bei aktiven Beamtinnen und Beamten |
| 5. ambulante Reha in Reha-Einrichtungen, Wohnort   | ärztliche Verordnung   |
| 6. <b>Rehasport</b> unter ärztlicher Überwachung   | ärztliche Verordnung   |
- 7,40 EUR je Einheit  
8,40 EUR je Einheit ab 1.1.2019

Der **Rehasport** muss in einer Einrichtung durchgeführt werden, die der Rahmenvereinbarung mit der GKV unterliegt.

[www.kbv.de/media/sp/Rahmenvereinbarung\\_Rehasport.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvereinbarung_Rehasport.pdf)

Erfolgt die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder Privat-PkW sind für die Hin- und Rückfahrt zu den Nr. 1 bis 5 genannten Maßnahmen maximal 200,- EUR beihilfefähig.

Antragsverfahren für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung, Mutter/Vater-Kind-Kur oder ambulanten Rehabilitation (Heilkur)

- Ihr behandelnder Arzt rät Ihnen zu einer stat. Reha und bescheinigt Ihnen die Notwendigkeit der Durchführung einer solchen Maßnahme. Er macht einen Vorschlag zum Ort und zur Einrichtung.
- Für die vorherige Beantragung verwenden Sie den „Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer stationären Rehabilitationsmaßnahme“ [http://www.zbb.brandenburg.de/media\\_fast/4055/502-04.pdf](http://www.zbb.brandenburg.de/media_fast/4055/502-04.pdf) und senden diesen vollständig ausgefüllt mit der ärztlichen Bescheinigung an Ihre Beihilfestelle. Hierbei müssen die Angaben im Antrag „geplanter Beginn“ und wenn bekannt „Name der Einrichtung“ ausgefüllt sein.

- Die Beihilfestelle erteilt dem zuständigen Amts- und Vertrauensärztlichen Dienst einen Auftrag zur ärztlichen Stellungnahme. Entstehende Kosten für die Erstellung dieses Gutachtens trägt die Beihilfestelle in voller Höhe. Die Einleitung dieses Verfahrens erfolgt erst nach vollständiger Antragstellung.
- Nachdem der Beihilfestelle die Stellungnahme vorliegt, wird der Antrag abschließend geprüft. Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Maßnahme als beihilfefähig anerkannt und Sie erhalten einen Bescheid. Dieser Genehmigungsbescheid hat eine 4-monatige Gültigkeit ab Bescheiddatum.
- Nach Abschluss der Maßnahme beantragen Sie die Erstattung der in diesem Zusammenhang angefallenen Rechnungen mit dem „Antrag auf Gewährung einer Beihilfe“.

**Wichtig:**

Wird die Maßnahme vor Anerkennung der Beihilfefähigkeit angetreten bzw. nach der Anerkennung (Genehmigungsbescheid) nicht innerhalb von 4 Monaten begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme.

[→ § 35 BBhV](#)

[→ Anlage 15](#)

[→ § 36 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## Schwangerschaft und Geburt

Beihilfefähig sind Aufwendungen für :

1. die Schwangerschaftsüberwachung,
2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger, **im Rahmen der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung,**
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.

Aufwendungen in Geburtshäuser sind beihilfefähig, wenn diese mit der gesetzlichen Versicherung Verträge über die abrechnungsfähigen Leistungen einschließlich Betriebskostenpauschale geschlossen haben.

[→ § 42 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## **Soziotherapie**

Durch die **Soziotherapie** erhalten psychisch schwer Erkrankte eine soziale Betreuung. Die Kosten, die den üblichen, mit der GKV vereinbarten Sätzen entsprechen, sind beihilfefähig.

(Vorankennungspflichtig)

[→ § 30 BBhV](#)

[→ nach oben](#)



## fESWT

Fokussierte Extracorporale Stoßwellentherapie (fESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich

Aufwendungen sind beihilfefähig für die Behandlung der

- Tendinosis calcarea (kalzifizierende Sehnenentzündung),
- Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche),
- Faszitis plantaris (Fersensporn)
- **therapie refraktäre Epicondylitis humeri radialis (Tennisellenbogen; *Tennisarm* oder *Epicondylitis humeri lateralis*): am äußeren Epikondylus des Oberarmknochens (*Strecker* des Handgelenks und der Finger) und**
- therapie refraktäre Achillodynie (Achillissehnenentzündung).

Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte und dem Gebührenrahmen der GOÄ. Aufwendungen für Zuschläge sind nicht beihilfefähig.

## Radiale Stoßwellentherapie (r-ESWT)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung der therapie refraktären Epicondylitis humeri radialis. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach Nummer 302 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Zuschläge sind nicht beihilfefähig.“

[Anlage 1 zu § 6 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## Zahnärztliche Leistungen

→ [Informationsblatt](#)

Aufwendungen für ambulante ***zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen*** sind nach Maßgabe des § 6 grundsätzlich beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind zahnärztliche Behandlungen die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ (Leistung auf Verlangen).

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

Für Zahnersatz ( Bereich F -Prothetische Leistungen- der GOZ ) und implantologische Leistungen ( Bereich K -Implantologische Leistungen- GOZ) kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden.

Die Kosten des *Heil- und Kostenplanes* gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

→ [§ 14 BBhV](#)

→ [nach oben](#)

## **Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst**

Für die Dauer des Beamtenverhältnisses auf Widerruf sind kostenintensive zahnärztliche Leistungen, insbesondere Kronen und Zahnersatz grundsätzlich nicht beihilfefähig.

[→ § 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf](#)

[→ nach oben](#)

## **Abschlagszahlungen**

Auf Antrag werden Abschläge gezahlt:

- bei einem stationären Krankenhausaufenthalt,
- bei stationären Rehabilitationen und
- in Pflegefällen.

Den Antrag erhalten Sie von der Festsetzungsstelle.

[→§ 51 Abs. 8 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## Antragsverfahren

Beihilfe wird stets auf schriftlichen Beihilfeantrag gewährt, d.h., der Antrag muss persönlich unterschrieben und zusammen mit den Belegen per Post eingereicht werden.

[→ Antrag auf Beihilfe](#)  
[→ Kurzantrag auf Beihilfe](#)  
[→ Pflegeantrag auf Beihilfe](#)

finden Sie ebenfalls auch auf unserer Internetseite. [www.zbb.brandenburg.de](http://www.zbb.brandenburg.de)

unter Beihilfe, Anträge!

Nutzen Sie die Möglichkeit den Antrag vollständig am PC auszufüllen, auszudrucken und an die Beihilfestelle zu senden!

Der Kurzantrag kann gewählt werden, wenn es sich nicht um den ersten Antrag handelt und keine Änderungen der persönlichen Verhältnisse mitzuteilen sind.

Die Rechnungen / Rezepte reichen Sie bei der Beihilfestelle als Duplikat, Zweitschrift oder Kopie ein. Die Beihilfe wird auf Ihr Konto überwiesen. Die eingereichten Belege erhalten Sie zurück.

Zu beachten ist eine Antragsfrist von einem Jahr ab Rechnungsdatum, d. h. eine Rechnung vom 20.01.2012 muss am 20.01.2013 bei der Beihilfestelle eingegangen sein, sonst verjährt der Anspruch.

Dem ersten Beihilfeantrag fügen Sie bitte auch einen Nachweis über Ihren Versicherungsschutz bei, das gilt auch bei Änderung des Versicherungstarifs.

[→§ 54 BBhV](#)

**Die 2. Änderungsverordnung zur BBhV vom 13. Juli 2011** beinhaltet, dass die Rezepte wegen der Arzneimittelerabatte von der Beihilfestelle nicht mehr zurück geschickt werden müssen und daher Zweitschriften oder Kopien und keine Originale benötigt werden.

Die Regelung eröffnet die Möglichkeit, Rezepte einzubehalten.

Im Land Brandenburg werden die Rezepte eingescannt und damit wie gewohnt zurück geschickt.

[→§ 51 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## **Antrag auf Beihilfe**

- Für die Beihilfebearbeitung ist es wichtig, dass der Antrag vollständig ausgefüllt ist.
- Bitte nummerieren Sie die Belege so durch, wie Sie sie in der Zusammenstellung der Aufwendungen eingetragen haben.
- Vergessen Sie bitte nicht den Antrag zu unterschreiben.

[509-01.pdf](#) Antrag auf Beihilfe

[→ nach oben](#)

[→ an den Anfang](#)

[→ nach oben](#)

[→ an den Anfang](#)

### **Antrag auf Beihilfe -Kurzfassung-**

Bitte benutzen Sie den Antrag nur, wenn sich keine Änderungen ergeben. Diese betreffen:

- das Beschäftigungsverhältnis
- im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder (Geburt)
- der Krankenversicherungsschutz für Sie bzw. berücksichtigungsfähige Personen (Änderung oder Neuversicherung)
- anderweitige Beihilfeberechtigung für Sie oder berücksichtigungsfähige Personen
- die Berücksichtigungsfähigkeit eines Angehörigen bei einem anderen Beihilfeberechtigten

Im Zweifel empfehlen wir, den **vollumfänglichen Antrag [509-01.pdf](#)** zu nutzen. Bei erstmaliger Antragstellung ist stets der Antrag in der Langversion zu verwenden.

[509-02.pdf](#) Kurzantrag auf Beihilfe

[→ nach oben](#)

[→ an den Anfang](#)

## **Bemessung der Beihilfe**

Die Beihilfe bemisst sich nach einem Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen

Der Bemessungssatz ist der Erstattungsanteil am beihilfefähigen Rechnungsbetrag.

Der Bemessungssatz für Beamte des Landes Brandenburg beträgt für beihilfefähige Aufwendungen

- des Beihilfeberechtigten: **50 %**
- des Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr Kindern: **70 %**
- des beihilfeberechtigten Versorgungsempfängers: **70 %**
- des berücksichtigungsfähigen Ehegatten: **70 %**
- eines berücksichtigungsfähigen Kindes: **80 %**
- einer Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist: **80 %**

Wenn beide Ehegatten jeweils selbst beihilfeberechtigt sind und zwei oder mehr berücksichtigungsfähige Kinder haben, erhält nur der Ehegatte den erhöhten Bemessungssatz von 70 %, der den Familienzuschlag für das Kind erhält.

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

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

Zuordnung des Beihilfebemessungssatzes 70 v.H. in der Elternzeit bei zwei oder mehr Kindern, wenn beide Elternteile beihilfeberechtigt sind.

Beide Elternteile können nach § 46 Abs. 3 BBhV bei zwei oder mehr Kindern während der Elternzeit Anspruch auf 70 v.H. Beihilfe haben, wenn einem Elternteil vor Beginn der Elternzeit aufgrund der Beantragung des Kindergeldes und des kinderbezogenen Familienzuschlags bereits 70 v.H. zustanden und der andere Elternteil nur für die Dauer der Elternzeit den Familienzuschlag erhält.

[→§ 46 BBhV](#)

[→ nach oben](#)



## **Beurlaubung**

Während der Zeit der Beurlaubung ohne Dienstbezüge zur Betreuung eines Kindes unter 18 Jahren oder einer pflegebedürftige sonstige Angehörige oder einen pflegebedürftigen sonstigen Angehörigen besteht ein Anspruch auf Leistungen der Krankheitsfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte mit Dienstbezügen. Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger einer Beihilfeberechtigten oder eines Beihilfeberechtigten wird oder in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist. (§ 80 Abs. 4 Beamtengesetz für das Land Brandenburg - LBG)

[→ nach oben](#)

## **Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag**

Neu ab 26.07.2014!

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

D.h., unabhängig wie hoch der Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen ist, kommt es zu keiner Minderung des Bemessungssatzes auf Beihilfe.

[→ nach oben](#)

## Kinder

Der Beihilfeanspruch für Kinder ist an den Anspruch auf Kindergeld und Familienzuschlag gebunden.

Befinden sich Kinder nach Vollendung des 25. Lebensjahres noch in Schul- oder Berufsausbildung, sind sie weiter berücksichtigungsfähig, wenn die Ausbildung durch

- ❖ *einen freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes,*
- ❖ *einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder*
- ❖ *einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch*
- ❖ *eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes*

unterbrochen oder verzögert worden ist. Die Dauer der weiteren Berücksichtigungsfähigkeit entspricht der Dauer des abgeleisteten Dienstes, insgesamt höchstens zwölf Monate.

**Entsprechende Nachweise sind vorzulegen!**

→ [§ 4 BBhV](#)

**Zuordnung von Kindern bei mehreren Beihilfeberechtigten → § 5 Abs. 4 BBhV**

Ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist (**gilt nicht für Beamte mit Heilfürsorge**), wird bei der oder dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, die oder der den Familienzuschlag für das Kind erhält. Damit entfällt die Vorlage von Originalbelegen.

Sind zwei oder mehr Kinder bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erhält die- oder derjenige den erhöhten Bemessungssatz von 70 %, die oder der den Familienzuschlag oder Auslandskinderzuschlag bezieht.

Das heißt, mit der Entscheidung, wer das Kindergeld und den Familienzuschlag beantragt, entscheiden Sie auch darüber, wer die Beihilfe für die Aufwendungen des Kindes und ggf. den erhöhten Beihilfebemessungssatz erhält.

Um einen Berechtigtenwechsel beim Kindergeld und Familienzuschlag vorzunehmen, richten Sie Ihren Antrag bitte an die Familienkasse.

→ [nach oben](#)

## Ehegatten

Für das Bestehen eines Beihilfeanspruchs des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten ist dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und 5a Einkommensteuergesetz) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte bezogen auf das vorletzte Kalenderjahr vor Stellung des Beihilfeantrages maßgebend.

Der Gesamtbetrag der Einkünfte beträgt **derzeit 17.000,--€**

Die Einkünfte nach dieser umfassen folgende Einkunftsarten:

- Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
- Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
- Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
- Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
- Einkünfte aus Kapitalvermögen,
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
- sonstige Einkünfte i.S. des § 22 des Einkommensteuergesetzes (EStG).

**Der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten ist durch Vorlage einer Ablichtung des vollständigen Einkommensteuerbescheides nachzuweisen.**

Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben (Einkommen der selbst beihilfeberechtigten Person) können unkenntlich gemacht werden.

Haben berücksichtigungsfähige Ehegatten keine Einkünfte mehr oder haben sich ihre Einkünfte sehr verringert und erklären die Beihilfeberechtigten, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkunftsgrenze von 17.000,00 EUR nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden.

Der Widerrufsvorbehalt bleibt bis zur Vorlage des Einkommensteuerbescheides bestehen.

[→ § 4 BBhV](#)

[→ nach oben](#)

## **Zahlung an Dritte**

### Hinweis

Das Land Brandenburg hat noch keine Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Es erfolgt keine Direktabrechnung nach § 51a Abs. 2 BBhV mit Krankenhäusern.

[→ nach oben](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)

[→ Zur Verwaltungsvorschrift \(VwV\)](#)

[→ an den Anfang](#)

## Verordnung über

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

Vom 13. Februar 2009 (BGBl. S. 326)

**Zuletzt geändert durch die Achte Verordnung zur Änderung der  
Bundesbeihilfeverordnung  
vom 24. Juli 2018 (BGBl. I Nr. 28 S. 1232)**

Auf Grund des § 80 Absatz 6 des Bundesbeamtenengesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 10 des Gesetzes vom 19. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2362) neu gefasst worden ist, in Verbindung mit § 1 Absatz 2 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 14. März 2018 (BGBl. I S. 374) verordnet das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit:

## Inhaltsübersicht

### Kapitel 1            Allgemeine Vorschriften

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

## **Kapitel 2                    Aufwendungen in Krankheitsfällen**

### **Abschnitt 1    Ambulante Leistungen**

[§ 12    Ärztliche Leistungen](#)

[§ 13    Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern](#)

[§ 14    Zahnärztliche Leistungen](#)

[§ 15    Implantologische Leistungen](#)

[§ 15a   Kieferorthopädische Leistungen](#)

[§ 15b   Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen](#)

[§ 16    Auslagen, Material- und Laborkosten](#)

[§ 17    Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf](#)

[§ 18    Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische  
Akutbehandlung](#)

[§ 18a   Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch be-  
gründete Verfahren und Verhaltenstherapie](#)

[§ 19    Psychoanalytisch begründete Verfahren](#)

[§ 20    Verhaltenstherapie](#)

[§ 21    Psychosomatische Grundversorgung](#)

### **Abschnitt 2    Sonstige Aufwendungen**

[§ 22    Arznei- und Verbandmittel](#)

[§ 23    Heilmittel](#)

[§ 24    Komplextherapien und integrierte Versorgung](#)

[§ 25    Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle,  
Körperersatzstücke](#)

[§ 26    Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern](#)

[§ 26a   Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung](#)

[§ 27    Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit](#)

[§ 28    Familien- und Haushaltshilfe](#)

[§ 29    Familien- und Haushaltshilfe im Ausland](#)

[§ 30    Soziotherapie](#)

[§ 30a   Neuropsychologische Therapie](#)

[§ 31    Fahrtkosten](#)

[§ 32    Unterkunftskosten](#)

[§ 33    Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten](#)

### **Abschnitt 3            Rehabilitation**

- [§ 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen](#)
- [§ 35 Rehabilitationsmaßnahmen](#)
- [§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen](#)

### **Kapitel 3                Aufwendungen in Pflegefällen**

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

### **Kapitel 4                Aufwendungen in anderen Fällen**

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

### **Kapitel 5                Umfang der Beihilfe**

- [§ 46 Bemessung der Beihilfe](#)
- [§ 47 Abweichender Bemessungssatz](#)
- [§ 48 Begrenzung der Beihilfe](#)



[§ 49 Eigenbehalte](#)

[§ 50 Belastungsgrenzen](#)

## **Kapitel 6                    Verfahren und Zuständigkeit**

[§ 51 Bewilligungsverfahren](#)

[§ 51a Zahlung an Dritte](#)

[§ 52 Zuordnung von Aufwendungen](#)

[§ 53 \(weggefallen\)](#)

[§ 54 Antragsfrist](#)

[§ 55 Geheimhaltungspflicht](#)

[§ 56 Festsetzungsstellen](#)

[§ 57 Verwaltungsvorschriften](#)

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

[§ 58 Übergangsvorschriften](#)

[§ 59 Inkrafttreten](#)

[→ nach oben](#)

[→ nach oben](#)

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

[Anlage 13](#)

(zu § 41 Abs. 1 Satz 3

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

[Anlage 14](#)

(zu § 41 Abs. 3)

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

[Anlage 14a](#)

(zu § 41a Abs. 4)

Früherkennungsprogramm für erblich belastete Per-  
sonen mitn einem erhöhten familiären Darmkrebsrisi-  
ko

[Anlage 15](#)

(zu § 35 Abs. 1 Nr. 4)

Heilbäder- und Kurortverzeichnisse

[Anlage 16](#)

(zu § 51a)

Antrag auf Gewährung von Beihilfe und auf  
Direktabrechnung

[→ Zur Verwaltungsvorschrift \(VwV\)](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

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

**§ 1**  
**Regelungsgegenstand**

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 2

### Beihilfeberechtigte Personen

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

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

(2) Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der beihilfeberechtigten Person Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsbühnisse, Witwengeld, Witwengeld, Waisengeld, Unterhaltsbeiträge **nach Abschnitt II oder Abschnitt V, nach § 22 Absatz 1 oder nach § 26 Absatz 1 des Beamtenversorgungsgesetzes** 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. Ruhens- und Anrechnungsvorschriften im Sinne von Satz 2 sind insbesondere § 22 Absatz 1 Satz 2, die §§ 53 bis 56, § 61 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 des Beamtenversorgungsgesetzes, § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes sowie § 10 Absatz 4 und 6 des Postpersonalrechtsgesetzes. Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der [Sonderurlaubsverordnung](#) unberührt, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

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

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

(5) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten, die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sind, soweit die Satzung für beihilfefähige Auf-

wendungen dieser Mitglieder Sachleistungen vorsieht und diese nicht durch einen Höchstbetrag begrenzt sind.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

### **§ 3**

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

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 4

### Berücksichtigungsfähige Personen

(1) Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von beihilfeberechtigten Personen sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a 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, sind Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner der beihilfeberechtigten Personen nach § 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen. Weist der Steuerbescheid den Gesamtbetrag der Einkünfte nicht vollständig aus, können andere Nachweise gefordert werden.

(2) Kinder sind berücksichtigungsfähig, wenn sie beim Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person nach dem **Besoldungs- und Versorgungsrecht** berücksichtigungsfähig sind. Dies gilt für beihilfeberechtigte Personen nach § 3, wenn

1. Anspruch auf einen Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes besteht oder
2. ein Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

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

(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)



[← zurück](#)

## § 5 Konkurrenzen

(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt

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

(2) Die Beihilfeberechtigung **auf Grund** eines Versorgungsbezugs schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsansprüche sowie als berücksichtigungsfähige Person aus. Satz 1 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.

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

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

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

(4) Absatz 3 ist nicht anzuwenden bei privat krankenversicherten Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern, die

1. eine Teilzeitbeschäftigung als Tarifbeschäftigte im öffentlichen Dienst ausüben und
2. auf Grund ihres dienstrechtlichen Status weder einen Beitragszuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten noch nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig sind.

(5) Ein Kind wird bei der beihilfeberechtigten Person berücksichtigt, die den Familienzuschlag für das Kind erhält. Beihilfeberechtigt im Sinne von Satz 1 sind auch Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe haben, der in seinem Umfang dem Anspruch nach dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar ist, unabhängig von der jeweiligen Anspruchsgrundlage. Familienzuschlag für das Kind im Sinne von Satz 1 sind die Leistungen nach den §§ 39, 40 und 53 des Bundesbesoldungsgesetzes oder vergleichbare Leistungen, die im Hinblick auf das Kind gewährt werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung haben.

[→ VwV](#) [→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 6

### Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

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

(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) **Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind wirtschaftlich angemessen, wenn sie sich innerhalb des in der einschlägigen Gebührenordnung vorgesehenen Gebührenrahmens halten. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen auf Grund einer Vereinbarung nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte, nach § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte oder nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte, soweit sie die gesetzlichen Gebühren übersteigen.** Wirtschaftlich angemessen sind auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen oder Verträgen zwischen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern und gesetzlichen Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfetragern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern sind wirtschaftlich angemessen, wenn sie die Höchstbeträge nach [→Anlage 2](#) nicht übersteigen.

(4) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Gelten Höchstbeträge nach [→Anlage 11](#), kann in entsprechender Anwendung des § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten.

(5) In Ausnahmefällen kann das Bundesministerium des Innern, **für Bau und Heimat** im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen die einmalige Beteiligung des Bundes als Beihilfetragern an allgemeinen, nicht individualisierbaren Maßnahmen erklären. Hierfür zu leistende Zahlungen und Erstattungen kann das Bundesministerium des Innern, **für Bau und Heimat** auf die Einrichtungen oder Stellen des Bundes, die Beihilfe nach dieser Verordnung gewähren, aufteilen. Auf Anforderung des Bundesministeriums des Innern, **für Bau und Heimat** leisten die Einrichtungen oder Stellen entsprechende Abschlüsse und Zahlungen. Die Anteile bemessen sich nach dem Verhältnis der tatsächlichen Beihilfeausgaben im Jahr 2009; jährliche Ausgaben unter 1 000 Euro bleiben außer Betracht. Auf Verlangen von mindestens fünf obers-

ten Bundesbehörden oder Behörden der mittelbaren Bundesverwaltung setzt das Bundesministerium des Innern die Anteile entsprechend dem Verhältnis der tatsächlichen Beihilfeausgaben im Vorjahr für zukünftige Maßnahmen neu fest.

(6) Sofern im Einzelfall die Ablehnung der Beihilfe eine besondere Härte darstellen würde, kann die oberste Dienstbehörde mit Zustimmung des Bundesministeriums des Innern, für **Bau und Heimat** eine Beihilfe zur Milderung der Härte gewähren. Die Entscheidung ist besonders zu begründen und zu dokumentieren.“

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 7

### Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 8

### Ausschluss der Beihilfefähigkeit

(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. soweit Personen, die beihilfeberechtigt oder bei beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig sind, einen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 70 Absatz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften haben,
2. für Gutachten, die nicht von der Festsetzungsstelle, sondern auf Verlangen von der beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Person veranlasst worden sind,
3. für ärztliche und zahnärztliche Bescheinigungen für berücksichtigungsfähige Personen mit Ausnahme medizinisch notwendiger Bescheinigungen,
4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und heilpädagogische Maßnahmen,
6. für Untersuchungen und Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings, und
7. für Untersuchungen und Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, 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 ein Ersatzanspruch gegen Dritte 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 entgangene Apotheker- und Herstellerrabatte bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(4) Nicht beihilfefähig sind erbrachte Leistungen nach

1. dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. dem Ersten Abschnitt des Zweiten Kapitels des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch,
3. dem Ersten, Zweiten, Vierten und Fünften Unterabschnitt des Ersten Abschnitts des Dritten Kapitels des Siebten Buches Sozialgesetzbuch,
4. Teil 1 Kapitel 9 und 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch.

Satz 1 Nummer 1 gilt nicht bei Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der familienversicherten Personen nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei Personen, denen

ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als **Leistungen** auch

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

Satz 3 gilt nicht für

1. Personen, die Leistungen nach § 10 Absatz 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf Bezug nehmenden Vorschriften erhalten,
2. freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sowie
3. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden.“

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 9

### Anrechnung von Leistungen

(1) Soweit Aufwendungen **auf Grund** von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen.

Dies gilt nicht für **Leistungen**

1. an beihilfeberechtigte Personen, die dem **Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Organe** angehören, oder
2. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

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

(3) Sind **Leistungsansprüche** gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. **Andere Aufwendungen, bei denen der fiktive Leistungsanspruch gegenüber Dritten nicht ermittelt werden kann, sind 50 Prozent zu kürzen.** Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für

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

(4) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 10

### Beihilfeanspruch

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

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

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)



[←zurück](#)

## § 11

### Aufwendungen im Ausland

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

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

1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
3. in der Nähe der deutschen Grenze wohnende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen bei akutem Behandlungsbedarf das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten,
4. beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder
5. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist.

Eine Anerkennung nach Satz 1 Nummer 5 kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist; in Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## **Kapitel 2**

### **Aufwendungen in Krankheitsfällen**

#### **Abschnitt 1**

#### **Ambulante Leistungen**

#### **§ 12**

#### **Ärztliche Leistungen**

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 13

### **Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern**

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

[→VwV](#)

Anlage 2 Heilpraktikerleistungen [→Anlage 2](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 14

### Zahnärztliche Leistungen

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 15

### Implantologische Leistungen

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

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

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

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

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 15a

### Kieferorthopädische Leistungen

(1) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien, insbesondere bei angeborenen Missbildungen des Gesichts oder eines Kiefers, skelettalen Dysgnathien oder verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen, eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt.

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

(2) Für eine kieferorthopädische Behandlung Erwachsener ist abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 eine Beihilfe zu Aufwendungen zu bewilligen, wenn durch ein Gutachten bestätigt wird, dass

1. die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können
2. keine Behandlungsalternative vorhanden ist,
3. erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion, und
4. eine sekundäre Anomalie vorliegt, die erst im Erwachsenenalter erworben wurde.

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

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

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

(6) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels sind nur beihilfefähig bei

1. Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
2. Beseitigung von Habits bei einem habituellen offenen oder seitlichen Biss bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
3. Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigen Milchzahnverlustes,
4. Frühbehandlung
  - a) eines Distalbisses bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
  - b) eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses bei transversaler Abweichung mit einseitigem oder beidseitigem Kreuzbiss, der durch präventive Maßnahmen nicht zu korrigieren ist,
  - c) einer Bukkalokklusion, Nonokklusion oder Lingualokklusion permanenter Zähne bei transversaler Abweichung,
  - d) eines prognen Zwangsbisses oder frontalen Kreuzbisses bei mesial sagittaler Stufe,
  - e) bei Platzmangel zum Schaffen von Zahnlücken von mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern oder zum Vergrößern von Zahnlücken um mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern,
5. früher Behandlung
  - a) einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien,
  - b) eines skelettal offenen Bisses bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
  - c) einer Progenie bei mesial sagittaler Stufe,
  - d) verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 15b

### Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

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

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

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

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)



[← zurück](#)

## § 16

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

(1) Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Abs. 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Nummer 2130 bis 2320, 5000 bis 5340, 7080 bis 7100 und 9000 bis 9170 der **Anlage 1** des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 40 Prozent beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Indikationen nach § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 17

### **Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf**

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

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

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

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 18

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

**(1)** Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie in den Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sowie für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach Maßgabe der **Absätze 3 und 4** sowie der §§ 18a bis 21 beihilfefähig.

**(2)** Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind bis zur Entscheidung über die Durchführung einer Therapie nach § 19 oder § 20 beihilfefähig, wenn

1. ein akuter Behandlungsbedarf in einer probatorischen Sitzung festgestellt wird,
2. ein Gutachterverfahren bei der Festsetzungsstelle beantragt worden ist und
3. die Akutbehandlung als Einzeltherapie, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen, in Einheiten von mindestens 25 Minuten je Krankheitsfall durchgeführt wird.

Im Fall eines positiven Gutachtens wird die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 und 20 angerechnet.

**(3)** Vor Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder durch Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die somatische Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt in einem schriftlichen oder elektronischen Konsiliarbericht bestätigt wird.

- (4)** Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
1. Gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 19 bis 21,
  2. Leistungen nach [Abschnitt 1 der Anlage 3](#).

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 18a

### **Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie**

- (1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei
1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie,
  2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
  3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen,
  4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
  5. Essstörungen,
  6. nichtorganischen Schlafstörungen,
  7. sexuellen Funktionsstörungen,
  8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
- (2) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie beihilfefähig bei
1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen
    - a. durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
    - b. durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit
  2. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
  3. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
  4. schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach [→ Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 3](#) erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(3) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten nach Absatz 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

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

(4) Das Gutachten nach Satz 1 Nummer 3 ist bei einer Gutachterin oder einem Gutachter einzuholen, die oder der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils geltenden auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)) veröffentlichten Fassung bestellt worden ist. Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder einem vom Gesundheitsdienst des auswärtigen Amtes beauftragten Ärztin oder Arzt eingeholt werden.

(5) Haben Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt sind oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, am Dienstort keinen persönlichen Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen telekommunikationsgestützt erbracht werden:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Verhaltenstherapie nach Nr. 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

Bei telekommunikationsgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen sind nicht beihilfefähig. Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutach-

tens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt hat. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(6) Aufwendungen für eine Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung sind nur bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie beihilfefähig.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 19

### Psychoanalytisch begründete Verfahren

(1) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren mit ihren beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie (Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte), sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 140 Sitzungen	weitere 70 Sitzungen

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

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

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

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

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. Überwiegt die Einzelbehandlung, so werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, so wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

(3) In Ausnahmefällen kann die oberste Dienstbehörde die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung auch für eine über die in Absatz 1 Satz 1 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkennen, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

(4) Aufwendungen für Sitzungen, in die auf Grund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die bewilligte Zahl der Sitzungen angerechnet.

(5) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Aufwendungen für Leistungen einer solchen Kombination sind nur beihilfefähig, wenn sie auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei niederfrequenten Therapien auf rund einer besonders begründeten Erstanamnese erbracht werden.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)



[← zurück](#)

## § 20 Verhaltenstherapie

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

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

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

(3) Einer Anerkennung nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 bedarf es nicht, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach Abschnitt 4 der Anlage 3 vorgelegt wird, dass

1. bei Einzelbehandlung nicht mehr als 10 Sitzungen,
2. bei Gruppenbehandlungen nichtmehr als 20 Sitzungen

erforderlich sind. Muss in Ausnahmefällen die Behandlung verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 einzuholen.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 21

### Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne diese Verordnung umfasst

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Hypnose, autogenes Training und Relaxationstherapie nach Jacobson nach den Nummern 845 bis 847 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

(2) Je Krankheitsfall sind Aufwendungen beihilfefähig für

1. verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
2. Hypnose als Einzelbehandlung mit bis zu 12 Sitzungen sowie -
3. autogenes Training und Relaxationstherapie nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit bis zu 12 Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist herbei möglich.

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

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

**Abschnitt 2**  
**Sonstige Aufwendungen**

[← zurück](#)

**§ 22**  
**Arznei- und Verbandmittel**

- (1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang schriftlich verordnete oder während einer Behandlung verbrauchte
  1. Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes, die apothekenpflichtig sind,
  2. Verbandmittel,
  3. Harn- und Blutteststreifen sowie
  4. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in [→ Anlage 4](#) aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.
  
- (2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
  1. Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen  
[→ Anlage 5](#) es sei denn, dass im Einzelfall nicht der in Anlage 5 genannte Zweck, sondern die Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung im Vordergrund steht, die eine Krankheit ist, und
    - a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder
    - b) die anderen zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,
  
  2. verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von
    - a) Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,
    - b) Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei
      - aa) Pilzinfektionen,
      - bb) Geschwüren in der Mundhöhle oder
      - cc) nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,
  
    - c) Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, **Divertikulitis**, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender

Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oder

- d) Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumorthherapie und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkomplex,

soweit die Arzneimittel nicht für Minderjährige bestimmt sind,

3. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie
  - a) sind bestimmt für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden,
  - b) wurden für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und
    - aa) in der Rechnung als Auslagen abgerechnet,
    - bb) auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person selbst beschafft,
  - c) gelten bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard und werden mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet; die beihilfefähigen Ausnahmen ergeben sich aus [→ Anlage 6](#),
  - d) sind in der Fachinformation zum Hauptarzneimittel eines beihilfefähigen Arzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben oder
  - e) werden zur Behandlung unerwünschter Arzneimittelwirkungen, die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines beihilfefähigen Arzneimittels auftreten können, eingesetzt; dabei muss die unerwünschte Arzneimittelwirkung lebensbedrohlich sein oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen,
4. traditionell angewendete Arzneimittel nach § 109 Absatz 3 und § 109a des Arzneimittelgesetzes mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise auf der äußeren Umhüllung oder der Packungsbeilage des Arzneimittels:
  - a) zur Stärkung oder Kräftigung,
  - b) zur Besserung des Befindens,
  - c) zur Unterstützung der Organfunktion,
  - d) zur Vorbeugung,
  - e) als mild wirkendes Arzneimittel,
5. traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a des Arzneimittelgesetzes
6. hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung; dies gilt nicht bei Personen unter 20 Jahren oder wenn diese Mittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden,
7. gesondert ausgewiesene Versandkosten.

(3) Aufwendungen für Arzneimittel, die nach [→ Anlage 7](#) den Arzneimittelgruppen, für die ein Festbetrag nach § 35 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt werden kann, zuzuordnen sind, sind nur bis zur Höhe der Festbeträge nach den Übersichten nach § 35 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für Arzneimittel, bei denen nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist, sind nach Maßgabe der [→ Anlage 8](#) beihilfefähig. Arzneimittel nach Satz 1 können darüber hinaus im Einzelfall als beihilfefähig anerkannt werden, wenn eine medizinische Stellungnahme darüber vorgelegt wird, dass das Arzneimittel zur Behandlung notwendig ist.

(5) Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Aufwendungen für Elementardiäten sind beihilfefähig für Personen, die das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, mit Kuhmilcheiweiß-Allergie; dies gilt ferner bei Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden. Im Übrigen sind Aufwendungen für Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Krankenkost und diätetische Lebensmittel nicht beihilfefähig.

(6) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, Teststreifen und Medizinprodukte, die eine Heilpraktikerin oder ein Heilpraktiker während einer Behandlung verbraucht hat.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## **§ 23** **Heilmittel**

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

(2) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich **oder zahnärztlich** verordnete Heilmittel anstelle der in **Anlage 9** genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, die die Höchstbeträge nach **Anlage 9** übersteigen, höchstens jedoch um 10 Euro. Diese Minderung gilt nicht für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 24

### Komplextherapie und integrierte Versorgung

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Abs. 3 Satz 1 und 2 und § 23 Abs. 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. 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 **Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer** nach [→ Anlage 10](#) angehören müssen.

(2) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt wurden, sind beihilfefähig bis zu der Höhe der Vergütung, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 25

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

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind vorbehaltlich des Absatzes 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in [→ Anlage 11](#) genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. Aufwendungen für in [→ Anlage 12](#) ausgeschlossene Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die
  - a) einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
  - b) einen niedrigen Abgabepreis haben,
  - c) der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
  - d) in [→ Anlage 12](#) genannt sind.
2. gesondert ausgewiesene Versandkosten.

(3) Aufwendungen für das Mieten von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nach Absatz 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die Aufwendungen für deren Anschaffung sind und diese sich dadurch erübrigt.

(4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 11 oder 12 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat bei Aufwendungen von mehr als 600 EUR vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat herzustellen. Soweit das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern allgemein erklärt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen. Absatz 2 bleibt unberührt.

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



→VwV

→ nach oben

[← zurück](#)

## § 26

### Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern

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

- 1 vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- 2 allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung),
- 3 im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte (§ 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes),
- 4 die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes),
- 5 Walleistungen in Form
  - a) gesondert berechneter wahlärztlicher Leistungen im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung,
  - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und
  - c) anderer im Zusammenhang mit Leistungen nach den Buchstaben a und b erbrachter ärztlicher Leistungen oder Leistungen nach § 22.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## §26a

### Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung

(1) Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 26 Absatz 1 Nummer 2) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt; bei der Ermittlung des Betrages wird die obere Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, sowie die mittlere Verweildauer gemäß des Fallpauschalenkataloges,
2. bei Indikationen, die nicht mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, sofern der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:
  - a) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 293,80 Euro,
  - b) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 225,60 Euro,
  - c) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 462,80 Euro,
  - d) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 345,80 Euro,
3. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, abzüglich 14,50 Euro täglich,
4. zur Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste,
5. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte erfolgt, neben den Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig.

(3) Mit den Beträgen nach Absatz 1 sind Aufwendungen für Leistungen abgegolten, die

1. von Krankenhäusern zusätzlich in Rechnung gestellt werden und
2. Bestandteile der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung sind.

(4) Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Absatz 1 kann bei der Festsetzungsstelle eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.

(5) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt sind oder die bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungs-ort die entstandenen Aufwendungen abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich beihilfefähig, sofern die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach § 26 **Ab-satz 1** Nummer 5 Buchstabe b entspricht. Satz 1 gilt nicht, wenn aus medizinischen Gründen eine andere Unterbringung notwendig ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 27

### Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

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

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

Angemessen im Sinne des Satzes 1 sind Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts einer Pflegekraft der öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger, die für die häusliche Krankenpflege in Betracht kommen. Bis zu dieser Höhe beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft, die die Ärztin oder der Arzt für geeignet erklärt.

(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 1 umfasst

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

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

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

**insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Satz 2 gilt nicht im Fall einer Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5.**

(3) In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine ärztliche Bescheinigung darüber vorgelegt wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Die ambulante Palliativversorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 ist regelmäßig als Ausnahmefall zu werten. Ist eine Behandlungspflege erforderlich, um sicherzustellen, dass das Ziel der ärztlichen Behandlung erreicht wird, ist Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht anzuwenden.

(4) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1, 2 und 3 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der gepflegten Person durchgeführt, sind nur beihilfefähig:

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

(5) Ist häusliche Krankenpflege nach Absatz 1

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

insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 vor, sind Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt worden ist.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 28

### Familien- und Haushaltshilfe

(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro, beihilfefähig, wenn

1. die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Haushalt wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§ 24 Absatz 1 und 3, §§ 26, 26a und 32 Absatz 1, §§ 34 und 35 Absatz 1 Nummer 1 bis 5, §§ 39 und 40 Absatz 2) nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

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

(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt worden ist, sind in der in Absatz 1 bestimmten Höhe bis zu 28 Tagen beihilfefähig

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

insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. **Absatz 1 Satz 2 und § 27 Absatz 4 gelten entsprechend.**

(3) Nach dem Tod der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Absatz 1 für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate, beihilfefähig. § 27 Absatz 4 gilt entsprechend.

(4) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe berücksichtigungsfähige Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

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

→VwV

→ nach oben



[← zurück](#)

## § 29

### Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

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

1. eine ambulante ärztliche Behandlung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
2. mindestens eine berücksichtigungsfähige Person, die das vierte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, im Haushalt zurückbleibt und
3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.

(2) Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine sachgemäße ärztliche Versorgung am 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 berücksichtigungsfähige Personen, die das vierte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beim Verlassen des Dienstortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin, der Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch Nehmenden die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

**§ 30**  
**Soziotherapie**

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### § 30a

#### Neuropsychologische Therapie

(1) Aufwendungen für ambulante neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie

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

Satz 1 gilt auch bei Behandlungen, die durchgeführt werden von

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

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie, wenn

1. ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS oder ADS), Intelligenzminderung,
2. es sich um Hirnerkrankungen mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimer-Typ, handelt,
3. die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.

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

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen sowie
2. bei Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 25 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert
--	---	---

Regelfall	120 Behandlungseinheiten	60 Behandlungseinheiten
Ausnahmefall	40 weitere Behandlungseinheiten	20 weitere Behandlungseinheiten

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

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

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 31

### Fahrtkosten

(1) Aufwendungen für Rettungsfahrten und -flüge 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 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, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, in Ausnahmefällen.

Die Zustimmung der Festsetzungsstelle nach Satz 1 Nummer 3 gilt als erteilt bei

1. beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen
  - a) mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen
    - aa) „aG“,
    - bb) „Bl“,
    - cc) „H“, oder
  - b) der Pflegegrade 3 bis 5 oder
2. notwendigen Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie.

Die Sätze 1 und 2 Nummer 1 gelten entsprechend bei Fahrten, die durch Zahnärztinnen oder Zahnärzte, durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder -therapeuten verordnet worden sind, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.

(3) Nicht beihilfefähig sind

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

Kosten nach Satz 1 Nummer 2 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn zwingende medizinische Gründe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes vorliegen. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die Erteilung der Zustimmung bedarf des Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern, **für Bau und Heimat**.

(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 Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort einschließlich der Kosten für die Rückfahrt beihilfefähig, wenn

1. eine sofortige Behandlung geboten war oder
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat; in Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen. Die Hin- und Rückfahrt gelten als eine Fahrt.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 32

### Unterkunftskosten

(1) Aufwendungen für die Unterkunft anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher oder psychotherapeutischer Leistungen sind bis 150 Prozent des Betrags nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des [Bundesreisekostengesetzes](#) beihilfefähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft in gleicher Höhe beihilfefähig.

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

(3) Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 sind bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, auch dann beihilfefähig, wenn sie außerhalb des Gastlandes erbracht werden. Aufwendungen für eine Unterkunft im Ausland sind bis zur Höhe von 150 Prozent des Auslandsübernachtungsgelds (§ 3 Absatz 1 der Auslandsreisekostenverordnung) beihilfefähig.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

### § 33

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

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen Erkrankung, anlässlich einer im Regelfall tödlich verlaufenden Erkrankung oder anlässlich einer Erkrankung, die diesen beiden Arten von Erkrankungen wertungsmäßig vergleichbar ist, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, **für Bau und Heimat** herzustellen.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)



[←zurück](#)

### **Abschnitt 3 Rehabilitation**

#### **§ 34**

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

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. Satz 1 gilt auch für Anschlussheilbehandlungen, wenn diese nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig sind.

(2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(3) Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die ärztliche Verordnung die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art und Dauer begründet. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbehandlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. In Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

(4) § 26 Absatz 1 Nummer 5, § 31 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, 6 und 7, § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 bis 4 und 5 Buchstabe a und b gelten entsprechend, jedoch ohne die zeitliche Begrenzung nach § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 Buchstabe a und b auf 21 Tage.

(5) Werden unter den Voraussetzungen des Absatzes 3 Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 oder 2 in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, sind Aufwendungen nur entsprechend den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25, 26a Absatz 1 Nummer 2, 3 und zu 70 Prozent nach Nummer 5, Absatz 2, § 31 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, 6 und 7, § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 35

### Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert,“.
4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1,
5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.

Anerkanntes Heilbad oder anerkannter Kurort sind solche, die in [Anlage 15](#) aufgeführt sind. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden.

(2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25 und 26 **Absatz 1 Nummer 5** beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig:

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderungskosten
  - 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 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes,insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
2. Aufwendungen und nachgewiesener Verdienstausschlag von Begleitpersonen, wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung ärztlich bescheinigt worden ist,
3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,
  2. 4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
  3. 5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung

- a. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
- b. für Begleitpersonen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen 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 Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und
- e. der Begleitpersonen bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise).

Bei Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 gilt Satz 2 Nummer 1 entsprechend. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 sind bis zur Höhe **des Betrages nach Anlage 9 Abschnitt 1 Nummer 7** je Übungseinheit beihilfefähig.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 36

### Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten einer Amtsärztin, eines Amtsarztes, einer von ihr beauftragten Ärztin oder eines von ihr beauftragten Arztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen und
3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 erzielt werden kann.

Für die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist ein Gutachten nicht notwendig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer solchen Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme. In Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

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

(3) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in einer ausländischen Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn vor Beginn der Maßnahme die oder der von der Festsetzungsstelle beauftragte Ärztin oder Arzt die Einrichtung für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich be-

zahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme **auf Grund** der in § 9 Abs. 1 erwähnten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

### Kapitel 3 Aufwendungen in Pflegefällen

#### § 37

#### Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen

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

1. beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen Leistungen der Pflegeversicherung
  - a) beziehen oder
  - b) beantragt haben und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht und
2. eine entsprechende Vereinbarung des Bundes und den Trägern der Pflegeberatung nach § [7a](#) des [Elften Buches Sozialgesetzbuch](#) besteht.

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

(2) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen nach Maßgabe der §§ 38 bis 38g und der §§ 39 bis 39b, wenn sie pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## **§ 38**

### **Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen**

Aufwendungen für Pflegeleistungen sind nur beihilfefähig bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## **§ 38a** **Häusliche Pflege**

(1) Aufwendungen für häusliche Pflege entsprechend § 36 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte erbracht wird, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn Aufwendungen wegen desselben Sachverhalts für eine häusliche Krankenpflege nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Leistungen

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

(3) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 wird eine Pauschalbeihilfe gewährt, sofern die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 2 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten die Pauschalbeihilfe zur Hälfte.

**(4) Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, wird die Pauschalbeihilfe für den Teilmonat nur anteilig gewährt; dabei ist ein Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.** Pauschalbeihilfe wird fortgewährt

1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und
  2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.
- Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe. Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.



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

(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sofern für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## **§ 38b**

### **Kombinationsleistungen**

(1) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach § 38a Absatz 1 nur teilweise durch eine geeignete Pflegekraft, die die Voraussetzungen nach § 38a Absatz 1 Satz 2 erfüllt, wird neben der Beihilfe anteilige Pauschalbeihilfe nach § 38a Absatz 3 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach § 38a Absatz 1 gewährt wird.

(2) Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt

1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und

2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

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

(3) Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten ungeminderte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

### **§ 38c**

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

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

**§ 38d**  
**Teilstationäre Pflege**

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

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

6.

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

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

**§ 38e**  
**Kurzzeitpflege**

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **§ 38f**

### **Ambulant betreute Wohngruppen**

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **§ 38g**

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

Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist derjenige Betrag dem Grunde nach beihilfefähig, der für die Berechnung der anteiligen Versicherungsleistungen zugrunde gelegt worden ist.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 38h

### Leistungen zur sozialen Sicherung der Personen

(1) Auf Antrag der Pflegeperson sind beihilfefähig

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

7.

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

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

8.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)



[← zurück](#)

## § 39

### Vollstationäre Pflege

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

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

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

(2) Rechnet die Pflegeeinrichtung monatlich ab, so sind auf besonderen Antrag Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, sowie für Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten beihilfefähig, sofern von den durchschnittlichen monatlichen nach Absatz 3 maßgeblichen Einnahmen höchstens ein Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

1. 8 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede beihilfeberechtigte und jede berücksichtigungsfähige Person sowie für jede Ehegattin oder jeden Ehegatten oder für jede Lebenspartnerin oder jeden Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach Absatz 1 oder nach **§ 43 Absatz 1, 2 und 4** des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
2. 30 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für eine beihilfeberechtigte Person sowie für eine Ehegattin oder einen Ehegatten oder für eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die oder den kein Anspruch nach Absatz 1 oder nach **§ 43 Abs. 1, 2 und 4** des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
3. 3 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 oder nach **§ 43 Abs. 1, 2 und 4** des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht, und
4. 3 Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die beihilfeberechtigte Person.

Satz 1 gilt bei anderen Abrechnungszeiträumen entsprechend. Hat eine beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Person Anspruch auf Zuschuss zu den Unterkunfts-, Investitions- und Verpflegungskosten nach landesrechtlichen Vorschriften, sind die Aufwendungen nach Satz 1 in Höhe des tatsächlich gezahlten Zuschusses zu mindern.

(3) Maßgeblich sind die im Kalenderjahr vor Antragstellung erzielten Einnahmen. Einnahmen sind:

1. die Bruttobezüge nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben, und der Altersteilzeitzuschlag; unberücksichtigt bleibt der kinderbezogene Familienzuschlag,
2. die Bruttobezüge nach § 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben; unberücksichtigt bleiben das Sterbegeld nach § 18 des Beamtenversorgungsgesetzes, der Unterschiedsbetrag nach § 50 Absatz 1 Satz 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, sofern der beihilfeberechtigten Person nicht nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen, sowie der Unfallausgleich nach § 35 des Beamtenversorgungsgesetzes und die Unfallentschädigung nach § 43 des Beamtenversorgungsgesetzes,
3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person, der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt; eine Leistung für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberücksichtigt,
4. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; unberücksichtigt bleibt der Anteil einer gesetzlichen Rente, der der Besteuerung unterliegt.

Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die beihilfeberechtigte Person glaubhaft, dass die aktuellen Einnahmen voraussichtlich wesentlich geringer sind als die im Kalenderjahr vor der Antragstellung erzielten durchschnittlichen monatlichen Einnahmen, sind die Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde zu legen. Hat die beihilfeberechtigte Person keine Einnahmen nach Satz 1 aus dem Kalenderjahr vor Antragstellung, werden die voraussichtlichen Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde gelegt. Befinden sich verheiratete oder in einer Lebenspartnerschaft lebende Personen in vollstationärer Pflege und verstirbt die beihilfeberechtigte Person, sind die aktuellen Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde zu legen, bis die Voraussetzungen nach Satz 3 nicht mehr vorliegen.“

(4) Beihilfefähig sind Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung entsprechend § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

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

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

9.

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

[→VwV](#)

[←zurück](#)

**Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Beihilfefähig sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 39b

### Aufwendungen bei Pflegegrad 1

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

1. Beratung **im eigenen Haushalt** nach § 38a Absatz 6,
2. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38f, ohne dass Aufwendungen nach § 38a Absatz 1, 2 oder 3 oder nach § 38b entstanden sein müssen,
3. Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 38g,
4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 39 Absatz 4,
5. vollstationäre Pflege nach § 39 Absatz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich,
6. den Entlastungsbetrag nach § 38a Absatz 2 in Verbindung mit § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Rückstufung nach § 39 Absatz 5.

Daneben beteiligt sich der Bund an den Kosten der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 1 und an den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 38h Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 40

### Palliativversorgung

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

(2). Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre palliativ-medizinische Versorgung in einem Hospiz sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.

(3) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten ambulanter Hospizdienste für erbrachte Sterbebegleitung einschließlich palliativpflegerischer Beratung bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen. Voraussetzung einer Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen. Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat bekanntgegeben.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

## Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen

[←zurück](#)

### § 41

#### Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20i, 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Daneben sind die in [→ Anlage 13](#) aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen beihilfefähig.

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

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050, 4055 und 4060 der [Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte](#) und Nummer 1 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.“

(3) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind nach Maßgabe der [Anlage 14](#) beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind nach Maßgabe der [Anlage 14a](#) beihilfefähig.

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

(6) § 31 Abs. 5 in Verbindung mit § 49 Absatz 4 Nummer 3 gilt entsprechend.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 42

### Schwangerschaft und Geburt

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

1. ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,
2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung,
3. von Hebammen **oder Entbindungspflegern** geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. **§ 27 Absatz 4** gilt entsprechend.

(2) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind in Geburtsfällen zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft beihilfefähig. § 32 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der Lebenspartnerin, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)



### § 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, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, insbesondere die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen, sind außer in den Fällen des Satzes 2 nicht beihilfefähig. Aufwendungen für eine Kryokonservierung sind beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung unmittelbar durch eine Krankheit bedingt ist und die oberste Dienstbehörde zugestimmt hat. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern, **für Bau und Heimat** herzustellen.

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

(4) 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 Personen 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.

(5) 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.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## **§ 44** **Überführungskosten**

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

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 45

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

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Erste Hilfe und für eine behördlich angeordnete Entseuchung sowie für die dabei verbrauchten Stoffe.

(2) Aufwendungen für Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Untersuchung und Behandlung, bei Verabreichung von Heilmitteln, bei Versorgung mit Hilfsmitteln, Zahnersatzversorgung oder Pflegeleistungen beihilfefähig, wenn

1. in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde und
2. im Einzelfall der Informationsfluss zwischen Leistungserbringerin oder Leistungserbringer und den beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen nur so gewährleistet werden kann.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

§ 45a

Organspende und andere Spenden

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen bei postmortalen Organspenden für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung, Organisation der Bereitstellung und für den Transport des Organs zur Transplantation, sofern es sich bei den Organempfängerinnen oder Organempfängern um beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen handelt. Die Höhe der Aufwendungen nach Satz 1 richtet sich nach den Entgelten, die die Vertragsparteien nach § 11 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes vereinbart haben. Das Bundesministerium des Innern, **für Bau und Heimat** gibt folgende Pauschalen durch Rundschreiben bekannt:

1. für die Organisation der Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs,
2. für die Aufwandserstattung der Entnahmekrankenhäuser,
3. für die Finanzierung des Transplantationsbeauftragten,
4. für die Finanzierung des Betriebs der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin und des Transplantationsregisters,
5. für die Flugtransportkosten,
6. für den Einsatz des Organ Care Systems je transplantiertem Herz.

(2) Aufwendungen für eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind entsprechend Kapitel 2 beihilfefähig, wenn die Empfängerin oder der Empfänger der Spende eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person ist. Der Spenderin oder dem Spender wird auf Antrag auch der nachgewiesene transplantationsbedingte Ausfall von Arbeitseinkünften anteilig in Höhe des Bemessungssatzes der Empfängerin oder des Empfängers ausgeglichen. Dem Arbeitgeber der Spenderin oder des Spenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt anteilig in Höhe des Bemessungssatzes der Empfängerin oder des Empfängers erstattet. Den Spenderinnen und Spendern gleichgestellt sind Personen, die als Spenderin oder Spender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.

(3) Aufwendungen für die Registrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen für die Suche nach einer nicht verwandten Blutstammzellspenderin oder einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register sind beihilfefähig.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

**§ 45b**

**Klinisches Krebsregister**

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

1. jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach § 65c Absatz 4 Satz 2 bis 4 und Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie
2. jede landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister nach § 65c Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

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

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## Kapitel 5 Umfang der Beihilfe

### § 46 Bemessung der Beihilfe

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

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

1. beihilfeberechtigte Person 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach den §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 5 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zustand. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst auf Grund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 47

### Abweichender Bemessungssatz

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

(2) Den Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den Kapiteln 2 und 4 von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und ihren berücksichtigungsfähigen Personen mit geringen Gesamteinkünften kann die oberste Dienstbehörde für höchstens drei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent ihrer oder seiner Gesamteinkünfte übersteigt. Zu den maßgebenden Gesamteinkünften zählt das durchschnittliche Monatseinkommen der zurückliegenden zwölf Monate aus Bruttoversorgungsbezügen, Sonderzahlungen, Renten, Kapitalerträgen und aus sonstigen laufenden Einnahmen der beihilfeberechtigten Person und ihrer berücksichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1; unberücksichtigt bleiben Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Die geringen Gesamteinkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 oder den berücksichtigungsfähigen Lebenspartner ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Ein zu zahlender Versorgungsausgleich der Versorgungsempfängerin oder des Versorgungsempfängers mindert die anzurechnenden Gesamteinkünfte nicht. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 46 ergeben würden.

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

(4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt. Satz 1 ist nicht anzuwenden auf Aufwendungen nach den §§ 37 bis 39b.

(5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in den Fällen nach § 31 Abs. 5 und § 41 Abs. 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Abs. 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.

(6) In Fällen des § 39 Absatz 2 und des § 44 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent.

(7) Für Personen, die nach § [3](#) beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, erhöht sich der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ [38](#) und [39b](#) auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.

(8) Das Bundesministerium des Innern, **für Bau und Heimat** kann für Gruppen von beihilfeberechtigten Personen Abweichungen von den §§ 46 und 47 festlegen, wenn ihnen bis zum Entstehen eines Beihilfeanspruchs nach dieser Verordnung ein Anspruch auf Beihilfe nach Landesrecht zustand und die Änderung der Anspruchsgrundlage auf einer bundesgesetzlichen Regelung beruht. Die Abweichungen sollen so festgelegt werden, dass wirtschaftliche Nachteile, die sich aus unterschiedlichen Regelungen über den Bemessungssatz ergeben, ausgeglichen werden. Die Festlegung bedarf des Einvernehmens des Bundesministeriums der Finanzen und des Ressorts, das nach der Geschäftsverteilung der Bundesregierung für die Belange der betroffenen Beihilfeberechtigten zuständig ist.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)



[← zurück](#)

## § 48

### Begrenzung der Beihilfe

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung, auf Grund anderer Rechtsvorschriften oder auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerenten- und Pflegerentenzusatzversicherungen bleiben unberücksichtigt, soweit sie nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des [Elften Buches Sozialgesetzbuch](#) dienen. Ebenfalls unberücksichtigt bleibt das Sterbegeld nach § 18 Absatz 2 Nummer 2 des [Beamtenversorgungsgesetzes](#). Dem Grunde nach beihilfefähig sind die Aufwendungen, für die im Einzelfall eine Beihilfe zu gewähren ist, in tatsächlicher Höhe. Die Aufwendungen nach den §§ 35 bis 39b werden jeweils getrennt, die übrigen Aufwendungen zusammen abgerechnet. Dabei ist der Summe der Aufwendungen, die mit dem Antrag geltend gemacht werden und die dem Grunde nach beihilfefähig sind, die Gesamtsumme der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen.

(2) Die beihilfeberechtigte Person hat nachzuweisen:

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

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 49 Eigenbehalte

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

1. **Arznei- und Verbandmitteln nach § 22 Absatz 1 Nummer 1 und 2 sowie Medizinprodukte nach Anlage 4,**
2. Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken **nach § 25,**
3. Fahrten mit Ausnahme der Fälle nach § 35 Abs. 2,
4. Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag und
5. Soziotherapie je Kalendertag.

Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Satz 1 Nummer 1 ist der Apothekenabgabepreis oder der Festbetrag der jeweiligen Packung des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.

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

1. **vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 2, § 26a Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 und stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Absatz 1, 2 und 5, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und**
2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 und 2.

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

(4) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für

1. Personen, die das 18. Lebensjahres noch nicht vollendet haben außer Fahrtkosten,
2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,
4. Arznei- und Verbandmittel nach § 22 Absatz 1 Nummer 1 und 2,
  - a) **die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulanten Behandlungen benötigt und**

aa) in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder

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

- b) deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 30 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zugrunde liegt.
5. Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind,
  6. Harn- und Blutteststreifen.
  7. Spenderinnen und Spender nach § 45a Absatz 2.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## § 50

### Belastungsgrenzen

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

1. Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen,
2. Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, in voller Höhe als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:
  - a) für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 2 bis A 8 und Anwärterinnen und Anwärter sowie berücksichtigungsfähige Personen 8 Euro,
  - b) für beihilfeberechtigte Person der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie deren berücksichtigungsfähige Personen 12 Euro,
  - c) für beihilfeberechtigte Person höherer Besoldungsgruppen sowie deren berücksichtigungsfähige Personen 16 Euro.

Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Eigenbehalte nach § 49 einbehalten worden sind. Dabei sind die Beträge nach § 49 Absatz 1 bis 3 entsprechend der Höhe des tatsächlichen Abzugs sowie Aufwendungen für Arzneimittel nach Nummer 2 zum entsprechenden Bemessungssatz zu berücksichtigen. Die beihilfeberechtigte Person hat das Einkommen nach § 39 Absatz 3 Satz 1, die anrechenbaren Eigenbehalte und die Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nachzuweisen. <sup>5</sup>Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Personen zusammen 2 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 1 sowie für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie **des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), die zuletzt durch Beschluss vom 15. Februar 2018 (BAnz. AT 05.03.2018 B4) geändert worden ist, 1 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3.**

(2) Maßgeblich ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen. Die Einnahmen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners werden nicht berücksichtigt, wenn sie oder er Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten oder in einer Lebenspartnerschaft lebenden beihilfeberechtigten Personen um 15 Prozent und für jedes Kind nach § 4 Absatz 2 um den Betrag, der sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes ergibt. Maßge-

bend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

## Kapitel 6 Verfahren und Zuständigkeit

[← zurück](#)

### § 51 Bevollichtigungsverfahren

(1) Über die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Die beihilfeberechtigte Person ist zur Mitwirkung verpflichtet. § 60 Absatz 1 Satz 1, die §§ 62 und 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch sind entsprechend anzuwenden. Die Festsetzungsstelle kann auf eigene Kosten ein Sachverständigengutachten einholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung der oder des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu pseudonymisieren, dass die Gutachterin oder der Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann.

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall das Gutachten zugrunde zu legen, das für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt worden ist. Ist die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung versichert, lässt die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen. Satz 2 gilt entsprechend bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, wenn für diese kein Gutachten für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellt worden ist. Auf Antrag kann die Festsetzungsstelle Beihilfe für Aufwendungen in Pflegefällen (§§ 37 bis 39) bis zu zwölf Monate regelmäßig wiederkehrend leisten, wenn die beihilfeberechtigte Person sich in dem Antrag verpflichtet,

1. der Festsetzungsstelle jede Änderung der Angaben im Beihilfeantrag unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen und
2. den Beihilfeanspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten.“

(3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der beihilfeberechtigten Person bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle als Zweitschrift oder in Kopie mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Bei Aufwendungen nach § 26 sind zusätzlich die Entlassungsanzeige und die Wahlleistungsvereinbarung vorzulegen, die nach § 16 Satz 2 der [Bundespflegesatzverordnung](#) oder nach § 17 des [Krankenhausentgeltgesetzes](#) vor Erbringung der Wahlleistungen abgeschlossen worden sind. Bei Aufwendungen nach § 26a gilt Satz 3 entsprechend. Liegen konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass eingereichte Belege gefälscht oder verfälscht sind, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der beihilfeberechtigten Person bei dem Urheber des Beleges Auskunft über die Echtheit einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfestelle zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten

Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen. Absatz 5 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

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

(5) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Abschläge für Arzneimittel benötigt werden, können sie einbehalten werden. Soweit die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Belegen herstellt, werden diese einbehalten. Spätestens sechs Monate nach Unanfechtbarkeit des Beihilfebescheides oder nach dem Zeitpunkt, zu dem die Belege für Prüfungen einer der Rabattgewährung nach § 3 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel nicht mehr benötigt werden, sind sie zu vernichten und elektronische Abbildungen spurlos zu löschen.

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

(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 beihilfeberechtigten Person Abschlagszahlungen leisten.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **§ 51a**

### **Zahlung an Dritte**

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

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

1. der Bund eine entsprechende Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausesellschaft e.V. abgeschlossen hat und
2. ein Antrag nach [Anlage 16](#) vorliegt.

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

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)



[← zurück](#)

## § 52

### Zuordnung von Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen werden zugeordnet:

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

zugeordnet.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

- 162

[← zurück](#)

**§ 53**

**(weggefallen)**

[← zurück](#)

## **§ 54**

### **Antragsfrist**

(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge die Aufwendungen bezahlt hat. Die Frist beginnt in Fällen des § 45a Absatz 2 Satz 2 und 3 mit Ablauf des Jahres, in dem die Transplantation oder gegebenenfalls der Versuch einer Transplantation erfolgte.

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

**§ 55**  
**Geheimhaltungspflicht**

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## § 56

### Festsetzungsstellen

(1) Festsetzungsstellen sind

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

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

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

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

**§ 57**

**Verwaltungsvorschriften**

Wird aufgehoben

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften

### § 58 Übergangsvorschriften

(1) Auf Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, bei denen der Gesamtbetrag der Einkünfte die Grenze nach § 4 Absatz 1 überschreitet, aber bis zum 13. Februar 2009 unter der Einkommensgrenze nach § 5 Absatz 4 Nummer 3 der Beihilfevorschriften lag, ist bis zur erstmaligen Überschreitung dieser Grenze § 5 Absatz 4 der Beihilfevorschriften weiter anzuwenden.

(2) Für am 20. September 2012 vorhandene freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist § 47 Absatz 6 in der bis zum 19. September 2012 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

(3) Die §§ 141, 144 Absatz 1 und 3 und § 145 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(4) § 51a gilt nicht für bis zum 31. Juli 2018 eingeführte Verfahren zur direkten Abrechnung von beihilfefähigen Aufwendungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 1, 2, 4 und 5.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

**§ 59**  
**Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

[→ VwV](#)

[→ nach oben](#)



**Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen**

**Abschnitt 1**

**Völliger Ausschluss**

- 1.1 Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologie-Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Volf, audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- 1.2 Atlastherapie nach Arlen
- 1.3 autohomologe Immuntherapien
- 1.4 autologe-Target-Cytokine-Therapie nach Klehr
- 1.5 ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi
- 2.1 Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Nuhr
- 2.2 Biophotonen-Therapie
- 2.3 Bioresonarentests
- 2.4 Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- 2.5 Bogomoletz-Serum
- 2.6 brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Barraquer
- 2.7 Bruchheilung ohne Operation  
*(Chelattherapie aufgehoben 8. ÄV- siehe Abschnitt 2 Teilweiser Ausschluss)*
- 3.1 Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- 3.2 computergestützte mechanische Distaktionsverfahren, zur nichtoperativen segmentalen Distraction an der Wirbelsäule (zum Beispiel SpineMED-Verfahren, DRX 9000, Accu-SPINA)
- 3.3 computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologischbedingten Erkrankung oder Schädigung
- 3.4 cytotoxologische Lebensmitteltests
- 4.1 DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)
- 5.1 Elektroneuralbehandlungen nach Croon
- 5.2 Elektroneuraldiagnostik
- 5.3 epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz
- 6.1 Frischzellentherapie
- 7.1 Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Voll, elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik, Mora-Therapie)
- 7.2 gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität
- 8.1 Heileurhythmie

- 8.2 Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung
- 9.1 immunoaugmentative Therapie
- 9.2 Immunsereen (Serocytol-Präparate)
- 9.3 isobare oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff oder Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (zum Beispiel hämatogene Oxidationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne)
- 10.1 (frei)  
*(Karriesdetektor aufgehoben 8.ÄV)*
- 11.1 kinesiologische Behandlung
- 11.2 Kirlian-Fotografie
- 11.3 kombinierte Serumtherapie (zum Beispiel Wiedemann-Kur)
- 11.4 konduktive Förderung nach Petö
- 12.1 Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
- 13.1 modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)
- 14.1 **Neurostimulation nach Molsberger**
- 14.2 neurotopische Diagnostik und Therapie
- 14.3 niedrig dosierter, gepulster Ultraschall
- 15.1 osmotische Entwässerungstherapie
- 16.1 photodynamische Therapie in der Parodontologie
- 16.2 Psycotron-Therapie
- 16.3 pulsierende Signaltherapie
- 16.4 Pyramidenenergiebestrahlung
- 17.1 (frei)  
*(radiale Stoßwellentherapie aufgehoben 8. ÄV- siehe Abschnitt 2 Teilweiser Ausschluss)*
- 18.1 Regeneresen-Therapie
- 18.2 Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- 18.3 Rolfing-Behandlung
- 19.1 Schwingfeld-Therapie
- 19.2 **SIPARI-Methode**
- 20.1 Thermoregulationsdiagnostik
- 20.2 **Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie (zum Beispiel SAVIR-Verfahren)**
- 20.3 Trockenzellentherapie
- 21.1 (frei)
- 22.1 Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- 22.2 Vibrationsmassage des Kreuzbeins
- 23.1 (frei)

24.1 (frei)

25.1 (frei)

26.1 Zellmilieu-Therapie

[→ nach oben](#)

## Abschnitt 2

### Teilweiser Ausschluss

#### 1. Chelattherapie

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

#### 2. 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 einzuholen.

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

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

#### 4. Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

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

#### 5. Hyperthermiebehandlung

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

6. Klimakammerbehandlung

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

7. Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

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

8. Magnetfeldtherapie

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

9. Ozontherapie

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

10. Radiale Stoßwellentherapie (r-ESWT)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung der therapieresistenten Epicondylitis humeri radialis. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach Nummer 302 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Zuschläge sind nicht beihilfefähig.“

11. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (zum Beispiel Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 9 beihilfefähig.

12. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten

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

[→ nach oben](#)

**Anlage 2**

(zu § 6 Abs. 3 Satz 4)

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

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
<b>1 - 10</b>	<b>Allgemeine Leistungen</b>	
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50 €
2a	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00 €
2b	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 2b ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</i>	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin / des Heilpraktikers	3,00 €
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 4 ist nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.</i>	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €
7	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nummern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	20,00 €
<b>9</b>	<b>Hausbesuch einschließlich Beratung</b>	
9.1	bei Tag	24,00 €
9.2	In dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00 €

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag	
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	29,00 €	
<b>10</b>	<b>Nebengebühren für Hausbesuche</b>		
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00 €	
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00 €	
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00 €	
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00 €	
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden. <i>Anmerkung: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>	0,20 €	
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann die Heilpraktikerin / der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	16,00 €	
<b>11</b>	<b>Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen</b>		
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse der Patientin / des Patienten	5,00 €	
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten  (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)  Schriftliche gutachtliche Äußerung	15,00 €  16,00 €
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	8,00 €	
<b>12</b>	<b>Chemisch-physikalische Untersuchungen</b>		
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i>	3,00 €	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, zum Beispiel Zucker usw.)	4,00 €	
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	4,00 €	



Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag	
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11)	10,00 €	
12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00 €	
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00 €	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	6,00 €	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (zum Beispiel MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl	3,00 €
		Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit einschl. Blutentnahme	3,00 €	
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €	
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	7,00 €	
<b>13 Sonstige Untersuchungen</b>			
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, zum Beispiel pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €	
<b>14 Spezielle Untersuchungen</b>			
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach Nummer 14.1 und Nummer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	8,00 €	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach Nummer 14.1 und Nummer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	8,00 €	
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00 €	
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00 €	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00 €	
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, voll-	41,00 €	

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
	ständiges Programm	
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00 €
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00 €
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung: Nicht neben Nummer 1 oder Nummer 4 berechenbar.</i>	8,00 €
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck-/ oder Strömungsmessungen	9,00 €
<b>17</b>	<b>Neurologische Untersuchungen</b>	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00 €
<b>18 – 23</b>	<b>Spezielle Behandlungen</b>	
<b>20</b>	<b>Atemtherapie, Massagen</b>	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00 €
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenzpunktmassage	6,00 €
20.3	Bindegewebsmassage	6,00 €
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00 €
20.5	Großmassage	6,00 €
20.6	Sondermassagen	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar) 8,00 €
20.6	Sondermassagen	Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage) 6,00 €
20.6	Sondermassagen	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät 6,00 €
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00 €
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00 €
<b>21</b>	<b>Akupunktur</b>	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00 €
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00 €
<b>22</b>	<b>Inhalationen</b>	
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/ dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00 €
<b>24 – 30</b>	<b>Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren</b>	
<b>24</b>	<b>Eigenblut, Eigenharn</b>	
24.1	Eigenblutinjektion	11,00 €

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
<b>25 Injektionen, Infusionen</b>		
25.1	Injektion, subkutan	5,00 €
25.2	Injektion, intramuskulär	5,00 €
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	7,00 €
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung	7,00 €
25.5	Injektion, intraartikulär	11,50 €
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,50 €
25.7	Infusion	8,00 €
25.8	Dauertropfeninfusion <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	12,50 €
<b>26 Blutentnahmen</b>		
26.1	Blutentnahme	3,00 €
26.2	Aderlass	12,00 €
<b>27 Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren</b>		
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband	5,00 €
27.2	Skarifikation der Haut	4,00 €
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00 €
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00 €
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,00 €
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00 €
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00 €
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00 €
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00 €
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00 €
27.12	Biersche Stauung	5,00 €
<b>28 Infiltrationen</b>		
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00 €
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00 €
<b>29 Roedersches Verfahren</b>		
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00 €
<b>30 Sonstiges</b>		
30.1	Spülung des Ohres	5,00 €
<b>31 Wundversorgung, Verbände und Verwandtes</b>		
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00 €
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00 €
<b>32 Versorgung einer frischen Wunde</b>		
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00 €

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00 €
<b>33</b>	<b>Verbände (außer zur Wundbehandlung)</b>	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00 €
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00 €
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	10,00 €
<b>34</b>	<b>Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung</b>	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	17,00 €
<b>35</b>	<b>Osteopathische Behandlung</b>	
35.1	des Unterkiefers	11,00 €
35.2	des Schultergelenkes und der Wirbelsäule	21,00 €
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00 €
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00 €
35.5	des Daumens	10,00 €
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00 €
<b>36</b>	<b>Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00 €
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00 €
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00 €
36.4	Kneippsche Güsse	4,00 €
<b>37</b>	<b>Elektrische Bäder und Heißluftbäder</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, zum Beispiel Kopf oder Arm	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, zum Beispiel Rumpf oder Beine	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
<b>38</b>	<b>Spezialpackungen</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00 €
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00 €
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00 €

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00 €
<b>39 Elektro-physikalische Heilmethoden</b>		
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00 €
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00 €
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, zum Beispiel Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00 €

[→ nach oben](#)

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

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

[→ nach oben](#)

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

**Abschnitt 1**

**Psychotherapeutische Leistungen**

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

[→ nach oben](#)

## Abschnitt 2

### Psychosomatische Grundversorgung

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

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

[→ nach oben](#)



### Abschnitt 3

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

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
  - a) Psychotherapeutische Medizin,
  - b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
  - d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse".

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.

2. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
3. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
  - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
  - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
  - c) 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.
4. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, 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 bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als

auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte).

5. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
6. Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
  - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
  - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
  - c) 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.
7. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, 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 sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte).
8. Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben von einer Person durchgeführt, die weder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die keine Fachärztin oder kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

9. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in Ausnahmefällen (§ 19 Absatz 1 Nummer 3 und 4) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in Ausnahmefällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Vo-

- 187

oraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 18a Absatz 1 und 2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

[→ nach oben](#)

## **Abschnitt 4**

### **Verhaltenstherapie**

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
  - a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
  - b) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
  - d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärztinnen oder Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

2. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie durchführen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
3. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin, einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
  - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
  - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
  - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

4. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Person durchgeführt, die weder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die keine Fachärztin oder kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

[→ nach oben](#)

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

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

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

[→ nach oben](#)

**Anlage 4**

(zu § 22 Abs. 1)

**Beihilfefähige Medizinprodukte**

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
1	1xklyasma salinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern.
2.1	ALCON BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
2.2	AMO ENDOSOL	Für intraokulare und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
2.3	Ampuwa für Spülzwecke	Zum Anfeuchten von Tamponaden und Verbänden; zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
2.4	Amvisc	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
2.5	Amvisc Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
2.6	Aqua B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkatetern und zur mechanischen Augenspülung.
3.1	Bausch & Lomb Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
3.2	belAir® NaCl 0,9 %	Als isotone Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
3.3	BSS DISTRA-SOL	Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderer intraokularer Eingriffe.
3.4	BSS PLUS (Alcon Pharma GmbH)	Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist.
3.5	BSS STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon Pharma GmbH)	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
4.1	Dimet 20	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
4.2	Dk-line	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen oder okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
4.3	DuoVisc	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.
5.1	EtoPril	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
5.2	Eye-Lotion Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
6.1	Freka-Clyss	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) vor diagnostischen Eingriffen, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien a) bei Personen, die das vierte, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, und b) bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
6.2	Freka Drainjet NaCl 0,9 %	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extrakorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Anfeuchten von Tüchern und Verbänden.
6.3	Freka Drainjet Purisole SM verdünnt	Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen.
7.1	Healon	Für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen.
7.2	Healon5	Als viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Operationen am vorderen Augenabschnitt.
7.3	HEALON GV	Als viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Operationen am vorderen Augenabschnitt.
7.4	Hedrin Once Liquid Gel	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) den sechsten Lebensmonat, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.“

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
7.5	HSO	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
7.6	HSO Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
7.7	Hylo-Gel	Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bulosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
8.1	IsoFree	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
8.2	Isomol	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</li> <li>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</li> <li>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</li> <li>d) in der Terminalphase</li> </ul> <p>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.</p> <p>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
8.3	Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
9.1	Kinderlax elektrolytfrei	Zur Behandlung der Obstipation für Personen, die den fünften Lebensmonat, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.
9.2	Klistier Fresenius	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</li> <li>b) vor diagnostischen Eingriffen,</li> <li>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</li> <li>d) in der Terminalphase</li> </ul> <p>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.</p> <p>Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) bei Personen, die das vierte, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, und</li> <li>b) bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</li> </ul>
10.1	Lubricano	Zur Anwendung bei Personen mit Katheterisierung.



Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
11.1	Macrogol 1A Pharma	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</li> <li>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</li> <li>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</li> <li>d) in der Terminalphase</li> </ul> <p>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.</p> <p>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
11.2	Macrogol AbZ	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</li> <li>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</li> <li>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</li> <li>d) in der Terminalphase</li> </ul> <p>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.</p> <p>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
11.3	Macrogol dura	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</li> <li>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</li> <li>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</li> <li>d) in der Terminalphase</li> </ul> <p>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.</p> <p>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
11.4	Macrogol HEXAL	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</li> <li>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</li> <li>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</li> <li>d) in der Terminalphase</li> </ul> <p>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.</p> <p>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
11.5	Macrogolratiopharm	<p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen</li> </ul>

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		<p>Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,                      b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,                      c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und                      d) in der Terminalphase                      bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.                      Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
11.6	Macrogolratiopharm flüssig Orange	<p><b>Behandlung</b></p> <p>a) der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,                      b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,                      c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und                      d) in der Terminalphase                      bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.“</p>
11.7	Macrogol Sandoz	<p><b>Behandlung</b></p> <p>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,                      b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,                      c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und                      d) in der Terminalphase                      bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.                      Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
11.8	Macrogol TAD	<p><b>Behandlung</b></p> <p>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,                      b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,                      c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und                      d) in der Terminalphase                      bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.                      Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
11.9	Medicoforum Laxativ	<p><b>Behandlung</b></p> <p>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen</p>

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		<p>Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,                      b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,                      c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und                      d) in der Terminalphase                      bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.                      Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
11.10	Microvisc plus	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
11.11	Mosquito med Läuse-Shampoo 10	<p>Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die                      a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,                      b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
11.12	MOVICOL	<p>Behandlung                      a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,                      b) bei phosphatbindender Medikation der chronischen Niereninsuffizienz,                      c) bei Opiat- oder Opioidtherapie und                      d) in der Terminalphase                      bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.                      Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.</p>
11.13	Movicol aromafrei	<p><b>Behandlung</b>                      a) <b>der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</b>                      b) <b>bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</b>                      c) <b>bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</b>                      d) <b>in der Terminalphase</b>  <b>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.“</b></p>
11.14	MOVICOL flüssig Orange	<p>Behandlung                      a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,                      b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,                      c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</p>

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.15	MOVICOL Junior aromafrei	Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Koprostase bei Personen, die das fünfte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben.
11.16	MOVICOL Junior Schoko	Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben.
11.17	MucoClear 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben.
11.18	myVISC Hyal 1.0	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
12.1	NaCl 0,9 % B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkatetern sowie zur mechanischen Augenspülung.
12.2	NaCl 0,9 % Fresenius Kabi	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extrakorporalen Systems bei der Hämodialyse, der post-operativen Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Anfeuchten von Tüchern und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
12.3	Nebusal 7 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben.
12.4	NYDA	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
13.1	OcuCoat	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
13.2	Oculentis BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
13.3	Okta-line	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperaum.
13.4	Optyluron NHS 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
13.5	Optyluron NHS 1,4 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		chirurgie des vorderen Augenabschnittes.
13.6	Oxane 1300	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
13.7	Oxane 5700	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
14.1	PädiaSalin 0,9 %	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
14.2	Paranix ohne Nissenkamm	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
14.3	PARI NaCl Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
14.4	ParkoLax	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
14.5	Pe-Ha-Luron 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
14.6	Pe-Ha-Visco 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
14.7	Polyvisc 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
14.8	Polysol	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
14.9	ProVisc	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.
14.10	PURI CLEAR	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		rer Eingriffe.
14.11	Purisole SM verdünnt	Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
17.1	Ringer B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen sowie zur intraoperativen und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen.
17.2	Ringer Fresenius Spüllösung	Zum Freispülen und Reinigen des Operationsgebietes, zum Feuchthalten des Gewebes, zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen sowie zum Anfeuchten von Wunden und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
18.1	Saliva natura	Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmunerkrankungen.
18.2	Sentol	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
18.3	Serag BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
18.4	Serumwerk-Augenspüllösung BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
19.1	VISCOAT	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.
19.2	VISMED	Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
19.3	VISMED MULTI	Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
20.1	Z-HYALIN	Zur Unterstützung intraokularer Eingriffe am vorderen Augenabschnitt bei Kataraktoperationen.

[→ nach oben](#)

**Anlage 5**  
(zu § 22 Abs. 1 Nummer 1)

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

**Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)**

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amfepramon	REGENON TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ALVALIN
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	REDUCTIL
A 08 AA 13 Phenylpropanolamin	BOXOGETTEN S RECATOL mono
A 08 AA 62 Bupropion, Naltrexon	Mysimba
A 08 AA 63 Phenylpropanolamin, Kombinationen	Antiadiposium Riemser
A 08 AX 01 Rimonabant	
A 10 BX 07 Liraglutid	Saxenda

**Regulierung des Körpergewichts (peripher wirkend)**

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

**Behandlung der sexuellen Dysfunktion**

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 01 Alprostadil (außer als Diagnostikum)	CAVERJECT CAVERJECT Impuls MUSE VIRIDAL Vitaros HEXAL
G 04 BE 02 Papaverin	

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA alle generischen Sildenafil-Fertigarzneimittel
G 04 BE 04 Yohimbin	Procomil YOCON GLENWOOD YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phentolamin	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	
G 04 BE 08 Tadalafil (außer <b>Tadalafil</b> 5 mg zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei Männern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben)	CIALIS
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 10 Avanafil	SPEDRA
N 01 BB 20 Lidocain; Prilocain	Fortacin
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin Kombinationen	
G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	Priligy
Turnera diffusa Dil. D4	DESEO

### **Bekämpfung der Nikotinabhängigkeit**

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
N 07 BA 01 Nicotin	NIQUITIN Nicopass Nicopatch Nicorette Nicotinell Nikofrenon
N 07 BA 02 Bupropion N 06 AX 12	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	Champix

### **Steigerung des sexuellen Verlangens**

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
G 03 BA 03 Testosteron	Intrinsa
Turnera diffusa Dil. D4	DESEO



**Verbesserung des Haarwuchses**

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
D 11 AX 01 Minoxidil	ALOPEXY 5 % REGAINE Minoxidil BIO-H-TIN-Pharma
D 11 AX 10 Finasterid	PROPECIA Finahair Finapil alle generischen Finasterid-Fertigarzneimittel
Estradiolbenzoat; Prednisolon, Salicylsäure	ALPICORT F
Alfatradiol	ELL CRANELL PANTOSTIN
Dexamethason; Alfatriadiol	
Thiamin; Calcium pantothenat; Hefe, medizinisch; L-Cystin; Keratin	Pantovigar
D 11 AX 01 Minoxidil	ALOPEXY 5 % REGAINE

**Verbesserung des Aussehens**

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

[→ nach oben](#)

## Anlage 6

(zu § 22 Abs. 2, Nummer 3 Buchstabe c)

### Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind:

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

12. Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.
13. Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
14. Dinatriumcromoglycat-(DNCG-)haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose.
15. E.-coli-Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.
16. Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.
17. Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziiertes Diarrhö.
18. Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.
19. Gingko-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz.
20. Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 Prozent nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten indiziert sind.
21. Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.
22. Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.
23. Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie.
24. Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.
25. Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.
26. Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen.
27. Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
28. (frei)
29. Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
30. Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.
31. Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.
32. Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Personen.
33. Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prä-)Komas und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.
34. Pankreasenzyme nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.
35. Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.
36. Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
37. Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mindestens 2 Prozent Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
38. Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.

39. Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
40. Vitamin K als Monopräparat nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
41. Wasserlösliche Vitamine, auch in Kombinationen, nur bei der Dialyse.
42. Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).
43. Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Hämodialysebehandlung bedingtem nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.
44. Arzneimittel zur sofortigen Anwendung  
Antidote bei akuten Vergiftungen,  
Lokalanästhetika zur Injektion,  
apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.

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

[→ nach oben](#)

[→ nach oben](#)

**Anlage 7**  
(zu § 22 Abs. 3)

**Arzneimittelgruppen, für die Festbeträge gelten**

**1. Festbetragsgruppen für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen**

1. Festbetragsgruppen für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen
  - 1.00.1 5-Fluorouracil: parenterale Darreichungsformen
  - 1.01.1 Acetazolamid: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
  - 1.01.2 Acetylcystein: orale Darreichungsformen
  - 1.01.3 Aciclovir: orale Darreichungsformen
  - 1.01.4 Aciclovir: topische Darreichungsformen
  - 1.01.5 Aciclovir: Ophthalmika
  - 1.01.6 Aciclovir: parenterale Darreichungsformen
  - 1.01.7 Allopurinol: orale Darreichungsformen
  - 1.01.8 Alpha-Liponsäure: feste orale Darreichungsformen
  - 1.01.9 Alpha-Liponsäure: parenterale Darreichungsformen
  - 1.01.10 Amantadin: abgeteilte orale Darreichungsformen
  - 1.01.11 Ambroxol: orale Darreichungsformen
  - 1.01.12 Ambroxol: inhalative Darreichungsformen
  - 1.01.13 Ambroxol: parenterale Darreichungsformen
  - 1.01.14 Ambroxol + Doxycyclin: feste orale Darreichungsformen
  - 1.01.15 Amilorid + Hydrochlorothiazid: orale Darreichungsformen
  - 1.01.16 Amiodaron: orale Darreichungsformen
  - 1.01.17 Amisulprid: abgeteilte orale Darreichungsformen
  - 1.01.18 Amitriptylin: orale Darreichungsformen
  - 1.01.19 Ammoniumbituminosulfonat: topische Darreichungsformen
  - 1.01.20 Amoxicillin: abgeteilte orale Darreichungsformen
  - 1.01.21 Amoxicillin: flüssige orale Darreichungsformen
  - 1.01.22 Amoxicillin + Clavulansäure: feste orale Darreichungsformen, im Verhältnis 7:1
  - 1.01.23 Amoxicillin + Clavulansäure: feste orale Darreichungsformen, im Verhältnis 4:1
  - 1.01.24 Anastrozol: orale Darreichungsformen

- 1.01.25 Aripiprazol: orale Darreichungsformen
- 1.01.26 Atenolol: feste orale Darreichungsformen
- 1.01.27 Atenolol + Chortalidon: feste orale Darreichungsformen
- 1.01.28 Azathioprin: orale Darreichungsformen
- 1.02.1 Bemetizid + Triamteren: feste orale Darreichungsformen
- 1.02.2 Benzoylperoxid: topische Darreichungsformen
- 1.02.3 Beta-Acetyldigoxin: feste orale Darreichungsformen
- 1.02.4 Betahistin: orale Darreichungsformen
- 1.02.5 Bicalutamid: orale Darreichungsformen
- 1.02.6 Biperiden: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.02.7 Biperiden: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.02.8 Bisoprolol + Hydrochlorothiazid: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.02.9 Bromazepam: orale Darreichungsformen
- 1.02.10 Bromhexin: feste orale Darreichungsformen
- 1.02.11 Bromhexin: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.02.12 Buprenorphin: orale Darreichungsformen
- 1.02.13 Buprenorphin: transdermale Darreichungsformen
- 1.02.14 Buspiron: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.02.15 Butylscopolamin: feste orale Darreichungsformen
- 1.02.16 Butylscopolamin: parenterale Darreichungsformen
- 1.03.1 Calcium zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen
- 1.03.2 Capecitabin: orale Darreichungsformen
- 1.03.3 Carbamazepin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.03.4 Carbamazepin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.03.5 Carbimazol: feste orale Darreichungsformen
- 1.03.6 Choriongonadotropin: parenterale Darreichungsformen
- 1.03.7 Ciclopirox: topische Darreichungsformen
- 1.03.8 Ciclosporin: orale Darreichungsformen
- 1.03.9 Ciclosporin: orale Darreichungsformen, auf Mikro-/Nanoemulsionsbasis oder kolloidal dispergiert
- 1.03.10 Cimetidin: orale Darreichungsformen
- 1.03.11 Cimetidin: parenterale Darreichungsformen

- 1.03.12 Clindamycin: orale Darreichungsformen
- 1.03.13 Clodronsäure: orale Darreichungsformen
- 1.03.14 Clomifen: feste orale Darreichungsformen
- 1.03.15 Clonidin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.03.16 Clonidin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.03.17 Clonidin: Ophthalmika
- 1.03.18 Clopidogrel: orale Darreichungsformen
- 1.03.19 Clotrimazol: Creme, Salbe
- 1.03.20 Clotrimazol: Liquidum, Lösung, Pumpspray, Spray, Tropflösung
- 1.03.21 Clotrimazol: vaginale topische Darreichungsformen
- 1.03.22 Clozapin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.03.23 Colecalciferol: feste orale Darreichungsformen (400 bis 1 000 I. E.)
- 1.03.24 Colecalciferol + Fluorid: feste orale Darreichungsformen (500 bis 1 000 I. E. Colecalciferol + 0,25 mg Fluorid)
- 1.03.25 Co-Trimoxazol: feste orale Darreichungsformen
- 1.03.26 Co-Trimoxazol: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.03.27 Cromoglicinsäure: Augentropfen, Eindosispipetten
- 1.03.28 Cromoglicinsäure: **nasale Darreichungsformen**
- 1.03.29 Cromoglicinsäure: **Ophthalmika und nasale Darreichungsformen in Kombipackungen**
- 1.03.30 Cromoglicinsäure: inhalative Darreichungsformen
- 1.03.31 Cromoglicinsäure: orale Darreichungsformen
- 1.03.32 Cyanocobalamin: parenterale Darreichungsformen
- 1.03.33 Cyclophosphamid: feste orale Darreichungsformen
- 1.03.34 Cyproteron-Acetat: feste orale Darreichungsformen
- 1.04.1 Dexamethason: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert  $\leq 2$  mg
- 1.04.2 Dexamethason: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hochdosiert  $\geq 4$  mg
- 1.04.3 Dexamethason: parenterale Darreichungsformen, wasserlöslich, niedrigdosiert  $\leq 20$  mg
- 1.04.4 Dexamethason: parenterale Darreichungsformen, wasserlöslich, hochdosiert  $\geq 40$  mg
- 1.04.5 Dexpanthenol: lokale Darreichungsformen
- 1.04.6 Dexpanthenol: Ophthalmika und Rhinologika
- 1.04.7 Diazepam: orale Darreichungsformen

- 1.04.8 Diazepam: parenterale Darreichungsformen (alkoholische Lösung)
- 1.04.9 Diazepam: parenterale Darreichungsformen (sonstige Lösung)
- 1.04.10 Diclofenac: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.04.11 Diclofenac: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.04.12 Diclofenac: rektale Darreichungsformen
- 1.04.13 Diclofenac: parenterale Darreichungsformen
- 1.04.14 Diclofenac: topische Darreichungsformen (Konzentrationsbereich ca. 1 bis 5 %)
- 1.04.15 Digitoxin: feste orale Darreichungsformen
- 1.04.16 Digoxin: feste orale Darreichungsformen
- 1.04.17 Dihydroergotamin: orale Darreichungsformen
- 1.04.18 Dihydroergotoxin: orale Darreichungsformen
- 1.04.19 Diltiazem: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.04.20 Diltiazem: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.04.21 Dimenhydrinat: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.04.22 Dimenhydrinat: rektale Darreichungsformen
- 1.04.23 Diphenhydramin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.04.24 Domperidon: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.04.25 Doxorubicin: parenterale Darreichungsformen
- 1.04.26 Doxycyclin: feste orale Darreichungsformen
- 1.04.27 Doxylamin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.04.28 Duloxetine: feste orale Darreichungsformen**
- 1.5.1 Efavirenz: feste orale Darreichungsformen**
- 1.5.2 Eplerenon: orale Darreichungsformen**
- 1.05.3 Erythromycin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.05.4 Erythromycin: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.05.5 Erythromycin: lokale Darreichungsformen
- 1.05.6 Estradiol: orale Darreichungsformen
- 1.05.7 Estradiol: transdermale Darreichungsformen
- 1.05.8 Estramustin: feste orale Darreichungsformen
- 1.05.9 Estriol: feste orale Darreichungsformen
- 1.05.10 Estriol: vaginale topische Darreichungsformen
- 1.05.11 Ethambutol: feste orale Darreichungsformen



- 1.05.12 Etilefrin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.05.13 Exemestan: orale Darreichungsformen
- 1.06.1 Fentanyl: transdermale Darreichungsformen
- 1.06.2 Flecainid: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.06.3 Flunarizin: orale Darreichungsformen
- 1.06.4 Flutamid: orale Darreichungsformen
- 1.06.5 Folsäure: parenterale Darreichungsformen
- 1.06.6 Folsäure: feste orale Darreichungsformen
- 1.06.7 Folsäure: parenterale Darreichungsformen
- 1.06.8 Furosemid: Tabletten  $\leq 80$  mg
- 1.06.9 Furosemid: Tabletten  $\geq 125$  mg
- 1.06.10 Furosemid: Ampullen, Injektionslösungen (20 mg, 40 mg)
- 1.06.11 Furosemid: Ampullen, Infusionslösungen (250 mg)
- 1.06.12 Furosemid: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.06.13 Furosemid + Spironolacton: feste orale Darreichungsformen
- 1.06.14 Fusidinsäure: topische Darreichungsformen
- 1.07.1 Gabapentin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.07.2 Gentamicin: parenterale Darreichungsformen
- 1.07.3 Gentamicin: Ophthalmika
- 1.07.4 Gentamicin: topische Darreichungsformen
- 1.07.5 Gingko-biloba-Trockenextrakt: orale Darreichungsformen, standardisiert auf Flavonglykoside im Verhältnis 50:1 angereichertem Trockenextrakt
- 1.07.6 Glibenclamid: Tabletten  $\geq 1$  mg bis  $\leq 3,5$  mg
- 1.07.7 Glyceroltrinitrat: transdermale therapeutische Systeme
- 1.07.8 Glyceroltrinitrat: Spray, Pumpspray
- 1.07.9 Gold: orale Darreichungsformen
- 1.07.10 Griseofulvin: feste orale Darreichungsformen
- 1.08.1 Haloperidol: orale Darreichungsformen
- 1.08.2 Haloperidol: parenterale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.08.3 Haloperidol: parenterale Darreichungsformen, mit Depotwirkung
- 1.08.4 Heparin: Heparin-Natrium, topische Darreichungsformen
- 1.08.5 Heparin: Unfraktioniertes Heparin, parenterale Darreichungsformen

- 1.08.6 Humaninsulin: schnell wirkend, parenterale Darreichungsformen; ausgenommen Fertigarzneimittel, die ausschließlich für die Verwendung in Insulinpumpen zugelassen sind
- 1.08.7 Humaninsulin: intermediär und lang wirkend, parenterale Darreichungsformen
- 1.08.8 Humaninsulin: intermediär wirkend kombiniert mit schnell wirkend, parenterale Darreichungsformen
- 1.08.9 Hydromorphon: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.08.10 Hydroxocobalamin: parenterale Darreichungsformen
- 1.09.1 Ibuprofen: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.09.2 Ibuprofen: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.09.3 Ibuprofen: Suppositorien
- 1.09.4 Ibuprofen: topische Darreichungsformen
- 1.09.5 Indapamid: orale Darreichungsformen
- 1.09.6 Indometacin: abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.09.7 Indometacin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.09.8 Indometacin: rektale Darreichungsformen
- 1.09.9 Indometacin: topische Darreichungsformen
- 1.09.10 Infliximab: parenterale Darreichungsformen**
- 1.09.11 Isosorbiddinitrat: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.09.12 Isosorbiddinitrat: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.09.13 Isosorbidmononitrat: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.09.14 Isosorbidmononitrat: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.09.15 Isotretinoin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.10.1 Jodid zur Strumaprophylaxe: orale Darreichungsformen
- 1.11.1 Kaliumsalze: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.11.2 Kaliumsalze: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.12.1 Lactulose: orale Darreichungsformen
- 1.12.2 Lamivudin + Zidovudin: orale Darreichungsformen, im Verhältnis 1:2**
- 1.12.3 Lamotrigin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.12.4 Leflunomid: orale Darreichungsformen
- 1.12.5 Letrozol: orale Darreichungsformen
- 1.12.6 Levetiracetam: feste orale Darreichungsformen
- 1.12.7 Levodopa + Benserazid: abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

- 1.12.8 Levodopa + Benserazid: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.12.9 Levodopa + Carbidopa: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, im Verhältnis 4:1
- 1.12.10 Levodopa + Carbidopa: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, im Verhältnis 10:1
- 1.12.11 Levodopa + Carbidopa: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend, im Verhältnis 4:1
- 1.12.12 Levothyroxin-Natrium: orale Darreichungsformen
- 1.12.13 Lithium: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.12.14 Loperamid: orale Darreichungsformen
- 1.12.15 Lorazepam: orale Darreichungsformen
- 1.13.1 Magaldrat: orale Darreichungsformen
- 1.13.2 Magnesium: orale Darreichungsformen
- 1.13.3 Magnesium: parenterale Darreichungsformen
- 1.13.4 Maprotilin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.13.5 Mebeverin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.13.6 Medroxyprogesteron: Tabletten, Oralsuspension (100 bis 500 mg)
- 1.13.7 Memantin: orale Darreichungsformen
- 1.13.8 Mesalazin: feste orale Darreichungsformen
- 1.13.9 Mesalazin: rektale Darreichungsformen
- 1.13.10 Mesalazin: sonstige rektale Darreichungsformen
- 1.13.11 Metamizol: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.13.12 Metamizol: rektale Darreichungsformen
- 1.13.13 Metamizol: parenterale Darreichungsformen
- 1.13.14 Metformin: orale Darreichungsformen
- 1.13.15 Methotrexat: orale Darreichungsformen
- 1.13.16 Methotrexat: parenterale Darreichungsformen**
- 1.13.17 Methyl dopa: orale Darreichungsformen
- 1.13.18 Methylphenidat: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.13.19 Metoclopramid: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.13.20 Metoclopramid: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.13.21 Metoclopramid: parenterale Darreichungsformen
- 1.13.22 Metoprolol + Hydrochlorothiazid: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

- 1.13.23 Metoprolol + Hydrochlorothiazid: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.13.24 Metronidazol: orale Darreichungsformen
- 1.13.25 Metronidazol: vaginale topische Darreichungsformen
- 1.13.26 Metronidazol: parenterale Darreichungsformen
- 1.13.27 Midodrin: orale Darreichungsformen
- 1.13.28 Minocyclin: orale Darreichungsformen
- 1.13.29 Mirtazapin: orale Darreichungsformen
- 1.13.30 Moclobemid: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.13.31 Molsidomin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.13.32 Molsidomin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.13.33 Montelukast: orale Darreichungsformen
- 1.13.34 Morphin: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.13.35 Moxifloxacin: orale Darreichungsformen**
- 1.13.36 Moxonidin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.14.1 Nachtkerzensamenöl: orale Darreichungsformen, standardisiert auf Gamolensäure
- 1.14.2 Naftidrofuryl: orale Darreichungsformen
- 1.14.3 Nicergolin: orale Darreichungsformen
- 1.14.4 Nifedipin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.14.5 Nifedipin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.14.6 Nifedipin: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.14.7 Nimodipin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.14.8 Nitrazepam: orale Darreichungsformen
- 1.14.9 Nitrofurantoin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.14.10 Nitrofurantoin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.14.11 Nystatin: feste orale Darreichungsformen
- 1.14.12 Nystatin: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.14.13 Nystatin: vaginale topische Darreichungsformen
- 1.14.14 Nystatin: topische Darreichungsformen
- 1.14.15 Nystatin + Zinkoxid: topische Darreichungsformen
- 1.15.1 Olanzapin: orale Darreichungsformen
- 1.15.2 Oxazepam: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.15.3 Oxybutynin: orale Darreichungsformen

- 1.15.4 Oxycodon: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.16.1 Pankreatin: magensaftresistente polydispere Darreichungsformen
- 1.16.2 Pankreatin: magensaftresistente monolithische Darreichungsformen
- 1.16.3 Paracetamol: orale Darreichungsformen
- 1.16.4 Paracetamol: Suppositorien
- 1.16.5 Pentoxifyllin: feste orale Darreichungsformen
- 1.16.6 Pentoxifyllin: parenterale Darreichungsformen
- 1.16.7 Phenoxymethylpenicillin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.16.8 Phenoxymethylpenicillin: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.16.9 Phenytoin: orale Darreichungsformen
- 1.16.10 Pilocarpin: Augentropfen auf wässriger Basis, Eindosispipetten
- 1.16.11 Pindolol: orale Darreichungsformen
- 1.16.12 Piracetam: orale Darreichungsformen
- 1.16.13 Piracetam: parenterale Darreichungsformen
- 1.16.14 Polyvidon-Jod: Creme, Gel, Salbe
- 1.16.15 Pramipexol: orale Darreichungsformen
- 1.16.16 Prednisolon: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert  $\leq 20$  mg
- 1.16.17 Prednisolon: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hochdosiert  $\geq 50$  mg
- 1.16.18 Prednisolon: parenterale Darreichungsformen, wasserlöslich, niedrigdosiert  $\leq 100$  mg
- 1.16.19 Prednisolon: parenterale Darreichungsformen mit Depotwirkung
- 1.16.20 Prednison: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert  $\leq 20$  mg
- 1.16.21 Prednison: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hochdosiert  $\geq 50$  mg
- 1.16.22 Primidon: orale Darreichungsformen
- 1.16.23 Promethazin: orale Darreichungsformen
- 1.16.24 Promethazin: parenterale Darreichungsformen
- 1.16.25 Propafenon: orale Darreichungsformen
- 1.16.26 Propranolol: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.16.27 Propranolol: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.16.28 Pyrazinamid: feste orale Darreichungsformen

- 1.16.29 Pyridoxin: feste orale Darreichungsformen
- 1.16.30 Pyridoxin: parenterale Darreichungsformen
- 1.17.1 Quetiapin: orale Darreichungsformen
- 1.18.1 Retinol: orale Darreichungsformen
- 1.18.2 Riluzol: orale Darreichungsformen
- 1.18.3 Rivastigmin: transdermale Darreichungsformen
- 1.18.4 Ropinirol: orale Darreichungsformen
- 1.19.1 Saccharomyces boulardii: orale Darreichungsformen
- 1.19.2 Sägepalmenfrüchte: orale Darreichungsformen
- 1.19.3 Selegilin: orale Darreichungsformen
- 1.19.4 Sertralin: orale Darreichungsformen
- 1.19.5 Sotalol: feste orale Darreichungsformen
- 1.19.6 Spironolacton: orale Darreichungsformen
- 1.19.7 Sucralfat: orale Darreichungsformen
- 1.19.8 Sulfasalazin: orale Darreichungsformen
- 1.19.9 Sulpirid: orale Darreichungsformen
- 1.20.1 Tamoxifen: orale Darreichungsformen
- 1.20.2 Temozolomid: orale Darreichungsformen
- 1.20.3 Terbinafin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.20.4 Tetracyclin: feste orale Darreichungsformen
- 1.20.5 Theophyllin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.20.6 Theophyllin: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.20.7 Theophyllin: Ampullen
- 1.20.8 Thiamazol: feste orale Darreichungsformen
- 1.20.9 Thiamin-Hydrochlorid zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen
- 1.20.10 Thiamin-Hydrochlorid zur Substitution und Therapie: parenterale Darreichungsformen
- 1.20.11 Tiaprid: orale Darreichungsformen
- 1.20.12 Ticlopidin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.20.13 Tilidin mit Zusatz Naloxon: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.20.14 Tilidin mit Zusatz Naloxon: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.20.15 Tolperison: orale Darreichungsformen
- 1.20.16 Topiramat: orale Darreichungsformen

- 1.20.17 Tramadol: abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.20.18 Tramadol: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.20.19 Tramadol: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.20.20 Tramadol: parenterale Darreichungsformen
- 1.20.21 Tramadol: rektale Darreichungsformen
- 1.20.22 Tretinoin: topische Darreichungsformen
- 1.20.23 Triamteren + Hydrochlorothiazid: orale Darreichungsformen
- 1.20.24 Trosipiumchlorid: orale Darreichungsformen
- 1.20.25 Troxerutin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.21.1 Urea: topische Darreichungsformen
- 1.21.2 Urea pura + Tretinoin: topische Darreichungsformen
- 1.21.3 Ursodeoxycholsäure: orale Darreichungsformen
- 1.22.1 Valproinsäure: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.22.2 Venlafaxin: orale Darreichungsformen
- 1.22.3 Verapamil: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.22.4 Verapamil: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.22.5 Verapamil: parenterale Darreichungsformen
- 1.23.1 (frei)
- 1.24.1 Xylometazolin: nasale topische Darreichungsformen
- 1.25.1 (frei)
- 1.26.1 Zink zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen
- 1.26.2 Ziprasidon: orale Darreichungsformen**
- 2. Festbetragsgruppen für Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen
  - 2.00.1 (frei)
  - 2.01.1 ACE-Hemmer: feste, abgeteilte orale Darreichungsformen
    - Wirkstoff:
      - Benazepril: Benazeprilhydrochlorid
      - Captopril
      - Cilazapril: Cilazapril-1-Wasser
      - Enalapril: Enalapril maleat
      - Fosinopril: Fosinopril Natrium

Imidapril: Imidapril hydrochlorid

Lisinopril: Lisinopril-2-Wasser

Moexipril: Moexipril hydrochlorid

Perindopril: Perindopril arginin; Perindopril erbumin

Quinapril: Quinapril hydrochlorid

Ramipril

Spirapril: Spirapril hydrochlorid; Spirapril hydrochlorid-1-Wasser

Trandolapril

Zofenopril: Zofenopril-Calcium

2.01.2 Alpha-Rezeptorenblocker: weitere Alpha-Rezeptorenblocker, alpha1-selektiv, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bunazosin: Bunazosin hydrochlorid

Indoramin: Indoramin hydrochlorid

Urapidil

2.01.3 Alpha-Rezeptorenblocker: weitere Alpha-Rezeptorenblocker, alpha1-selektiv, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alfuzosin: Alfuzosin hydrochlorid

Doxazosin: Doxazosin mesilat

Silodosin

Tamsulosin: Tamsulosin hydrochlorid

Terazosin: Terazosin hydrochlorid-2-Wasser

2.01.4 Aminochinoline: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Chloroquindiphosphat

Hydroxychloroquinsulfat

2.01.5 Angiotensin-II-Antagonisten: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Azilsartan: Azilsartan medoxomil Kaliumsalze

Candesartan: Candesartan cilexetil

Eprosartan: Eprosartan mesilat



Irbesartan: Irbesartan hydrochlorid

Losartan: Losartan kalium

Olmesartan: Olmesartan medoxomil

Telmisartan

Valsartan

2.01.6 Anionenaustauscherharze: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Colestipol

Colestyramin

2.01.7 Antianämika, andere: parenterale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Darbepoetin: Darbepoetin alfa

Erythropoetin: Epoetin alfa, Epoetin beta, Epoetin delta, Epoetin theta, Epoetin zeta

PEG-Erythropoetin: Methoxy-Polyethylenglycol-Epoetin beta, PEG-Epoetin beta

2.01.8 Antidiabetika vom Sulfonylharnstofftyp: weitere Antidiabetika vom Sulfonylharnstofftyp, feste, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Carbutamid

Glibornurid

Gliclazid

Glimepirid

Glipizid

Gliquidon

Glisoxepid

Tolbutamid

2.01.9 Antikoagulantien, orale: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Phenprocoumon

Warfarin-Natrium

2.01.10 Antipsychotika, andere: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Paliperidon

Risperidon

2.01.11 Azol-Antimykotika: Creme, Gel, Paste

Wirkstoff:

Bifonazol

Croconazol

Econazolnitrat

Fenticonazolnitrat

Isoconazol

Ketoconazol

Miconazolnitrat

Omoconazol

Oxiconazol

Sertaconazol

Tioconazol

2.01.12 Azol-Antimykotika: Beutel, Lösung, Spray, Lotion, Pumpspray

Wirkstoff:

Bifonazol

Econazolnitrat

Fenticonazolnitrat

Isoconazol

Ketoconazol

Miconazolnitrat

Oxiconazol

Tioconazol

2.01.13 Azol-Antimykotika: vaginale topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Econazolnitrat

Fenticonazolnitrat

Miconazolnitrat

Oxiconazol

2.02.1 Benzodiazepine: weitere Benzodiazepine, vorwiegend anxiolytisch wirksam, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alprazolam

Chlordiazepoxid

Clobazam

Clorazepat

Clotiazepam

Ketazolam

Medazepam

Metaclazepam

Nordazepam

Oxazolam

Prazepam

2.02.2 Benzodiazepine: weitere Benzodiazepine, vorwiegend sedativ-hypnotisch wirksam, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Brotizolam

Flunitrazepam

Flurazepam

Loprazolam

Lormetazepam

Temazepam

Triazolam

2.02.3 Benzodiazepin-verwandte Mittel: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Zaleplon

Zolpidem: Zolpidem tartrat

Zopiclon

2.02.4 Beta2-Sympathomimetika, inhalativ oral: inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Formoterol: Formoterol hemifumarat-(x)-Wasser

Indacaterol: Indacaterol maleat

Olodaterol: Olodaterol hydrochlorid

Salmeterol: Salmeterol xinafoat

2.02.5 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatica: feste, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Bambuterol: Bambuterol hydrochlorid

Carbuterol

Clenbuterol: Clenbuterol hydrochlorid

Fenoterol

Pirbuterol

Procaterol

Reproterol

Salbutamol

Terbutalin: Terbutalin sulfat

Tulobuterol

2.02.6 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatica: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Isoetarin

Salbutamol

Terbutalin

2.02.7 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatica: flüssige inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Fenoterol

Salbutamol

Terbutalin

2.02.8 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatica: kurzwirksame Beta2-Sympathomimetika, inhalative orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Fenoterol: Fenoterol hydrobromid

Salbutamol: Salbumatol sulfat

Terbutalin: Terbutalin sulfat

2.02.9 Beta-Rezeptorenblocker: weitere Beta-Rezeptorenblocker, nicht selektiv, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Alprenolol

Bopindolol

Bupranolol: Bupranolol hydrochlorid

Carazolol

Carteolol: Carteolol hydrochlorid

Carvedilol

Mepindolol: Mepindolol sulfat

Metipranolol

Nadolol

Oxprenolol: Oxprenolol hydrochlorid

Penbutolol: Penbutolol sulfat

Tertatolol

Timolol

- 2.02.10 Beta-Rezeptorenblocker: weitere Beta-Rezeptorenblocker, Beta1-selektiv, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Acebutolol: Acebutolol hydrochlorid

Betaxolol: Betaxolol hydrochlorid

Bisoprolol: Bisoprolol hemifumarat

Celiprolol: Celiprolol hydrochlorid

Metoprolol: Metoprolol fumarat, Metoprolol succinat, Metoprolol tartrat

Nebivolol: Nebivolol hydrochlorid

Talinolol

- 2.02.11 Beta-Rezeptorenblocker: weitere Beta-Rezeptorenblocker, Beta1-selektiv, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Metoprolol

- 2.02.12 Beta-Rezeptorenblocker: weitere Beta-Rezeptorenblocker, Ophthalmika

Wirkstoff:

Befunolol

Betaxolol

Bupranolol

Carteolol

Levobunolol

Metipranolol

Timolol

2.03.1 Calcitonine: parenterale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Humancalcitonin

Lachscalcitonin

Schweinecalcitonin

2.03.2 Calcium-Antagonisten: weitere Calcium-Antagonisten (1,4-Dihydropyridine), feste, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Amlodipin: Amlodipin besilat, Amlodipin maleat; Amlodipinmesilat-(x)-Wasser

Isradipin

Lacidipin

Lercanidipin: Lercanidipin hydrochlorid

Manidipin: Manidipin dihydrochlorid

Nicardipin: Nicardipin hydrochlorid

Nisoldipin

Nitrendipin

2.03.3 Calcium-Antagonisten: weitere Calcium-Antagonisten (1,4-Dihydropyridine), feste, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Felodipin

Isradipin

Nilvadipin

Nisoldipin

2.03.4 Carboanhydrasehemmer: Ophthalmika

Wirkstoff

Brinzolamid

Dorzolamid: Dorzolamid hydrochlorid

2.03.5 Cefalosporine: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cefadroxil: Cefadroxil-1-Wasser

Cefalexin: Cefalexin-1-Wasser

2.03.6 Cefalosporine: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cefaclor: Cefaclor-1-Wasser

Cefuroxim: Cefuroxim axetil

Loracarbef: Loracarbef-1-Wasser

2.03.7 Cefalosporine: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cefixim: Cefixim-(x)-Wasser

Cefpodoxim: Cefpodoxim proxetil

Ceftibuten: Ceftibuten-(x)-Wasser

2.03.8 Clofibrinsäurederivate und Strukturanaloga: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bezafibrat

Clofibrat

Etofibrat

Etofyllinclofibrat

Fenofibrat

Gemfibrocil

2.04.1 Dimeticon und Simeticon: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dimeticon und Simeticon

2.04.2 Dimeticon und Simeticon: flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dimeticon und Simeticon

2.04.3 Diuretika, weitere Diuretika (Thiazide und Analoga): feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bendroflumethiazid

Butizid

Chlortalidon

Clopamid

Hydrochlorothiazid

Mebutizid

Mefrusid

Metolazon

Polythiazid

Trichlormethiazid

Xipamid

2.04.4 Diuretika, weitere: stark und schnell wirksam, feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bumetanid

Etacrynsäure

Piretanid

2.04.5 Diuretika, weitere: stark und langsam wirksam, feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Azosemid

Etozolin

Torasemid

2.05.1 (frei)

2.06.1 Fluorchinolone: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Enoxacin: Enoxacin-1,5-Wasser

Norfloxacin

2.06.2 Fluorchinolone: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Ciprofloxacin: Ciprofloxacin hydrochlorid-1-Wasser, Ciprofloxacin lactat

Levofloxacin; Levofloxacin-0,5-Wasser

Ofloxacin

2.07.1 Glucocorticoide, inhalativ, nasal: Glucocorticoide zur Anwendung bei Atemwegserkrankungen, nasale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Beclometasondipropionat: Beclometasondipropionat, wasserfreies



Budesonid

Dexamethasondihydrogenphosphat-Dinatrium

Flunisolid

Fluticason furoat

Fluticason propionat: Fluticason 17-propionat

Mometason furoat: Mometason furoat-1-Wasser

Triamcinolon acetonid

- 2.07.2 Glucocorticoide, inhalativ, oral: Glucocorticoide zur Anwendung bei Atemwegserkrankungen, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Beclometasondipropionat: Beclometasondipropionat, wasserfreies

Budesonid

Ciclesonid

Fluticason propionat: Fluticason 17-propionat

Mometason furoat

- 2.07.3 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur Substitutionstherapie geeignet, orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Cortisonacetat

Hydrocortison

- 2.07.4 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur pharmakodynamischen Therapie geeignet, nicht fluoriert, orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert (Wirkstärkenäquivalenzfaktor  $\leq 40$ )

Wirkstoff:

Cloprednol

Deflazacort

Methylprednisolon

Prednyliden

- 2.07.5 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur pharmakodynamischen Therapie geeignet, nicht fluoriert, orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hochdosiert (Wirkstärkenäquivalenzfaktor  $\geq 80$ )

Wirkstoff:

Methylprednisolon

Prednyliden

- 2.07.6 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur pharmakodynamischen Therapie geeignet, fluoriert, orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert (Wirkstärkenäquivalenzfaktor  $\leq 40$ )

Wirkstoff:

Betamethason

Fluocortolon

Triamcinolon

- 2.08.1 H<sub>2</sub>-Antagonisten: weitere H<sub>2</sub>-Antagonisten, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Famotidin

Nizatidin

Ranitidin

Roxatidin

- 2.08.2 H<sub>2</sub>-Antagonisten: weitere H<sub>2</sub>-Antagonisten, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Famotidin

Ranitidin

- 2.08.3 Heparine, niedermolekular: niedermolekulare Heparine, parenterale Darreichungsformen, single dose

Wirkstoff:

Certoparin: Certoparin natrium

Dalteparin: Dalteparin natrium

Enoxaparin: Enoxaparin natrium

Nadroparin: Nadroparin calcium

Reviparin: Reviparin natrium

Tinzaparin: Tinzaparin natrium

- 2.08.4 Herzglykoside, weitere: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Lanatosid C

Meproscillarin

Metildigoxin

- 2.08.5 HMG-CoA-Reduktasehemmer: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Atorvastatin: Atorvastatin Calciumsalze

Fluvastatin: Fluvastatin Natriumsalze

Lovastatin

Pitavastatin: Pitavastatin Calciumsalze

Pravastatin: Pravastatin Natriumsalze

Rosuvastatin: Rosuvastatin Calciumsalze

Simvastatin

2.09.1 Insuline: Insuline (40 I. E./ml)

Wirkstoff:

Insulin

2.09.2 Insuline: Insuline (100 I. E./ml)

Wirkstoff:

Insulin

2.10.1 (frei)

2.11.1 (frei)

2.12.1 (frei)

2.13.1 Makrolide, neuere: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Azithromycin: Azithromycin-1-Wasser, Azithromycin-2-Wasser

Clarithromycin

Roxithromycin

2.14.1 (frei)

2.15.1 (frei)

2.16.1 Prostaglandin-Analoga: Ophthalmika

Wirkstoff:

Bimatoprost

Latanoprost

Tafluprost

Travoprost

2.16.2 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren II (Oxicame), rektale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Lornoxicam

Meloxicam: Meloxicam meglumin

Piroxicam

Tenoxicam

2.16.3 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylessigsäurederivate, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Aceclofenac

Acemetacin

Lonazolac: Lonazolac calcium

Nabumeton

Proglumetacin: Proglumetacin dimaleat

Tolmetin

2.16.4 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylessigsäurederivate, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Acemetacin

2.16.5 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylpropionsäurederivate, orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Fenbufen

Fenoprofen

Flurbiprofen

Ketoprofen

Naproxen

Tiaprofensäure

2.16.6 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylpropionsäurederivate, orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Naproxen

2.16.7 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren I (Pyrazolidindion-Derivate), orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Azapropazon

Bumadizon

Mofebutazon

Oxyphenbutazon

Phenylbutazon

2.16.8 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren II (Oxicame), abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Lornoxicam

Meloxicam: Meloxicam meglumin

Piroxicam: Piroxicam betadex

Tenoxicam

2.16.9 Protonenpumpenhemmer: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dexlansoprazol

Esomeprazol: Esomeprazol Magnesiumsalze

Lansoprazol

Omeprazol: Omeprazol Magnesiumsalze

Pantoprazol: Pantoprazol Natriumsalze

Rabeprazol: Rabeprazol Natriumsalze

2.17.1 (frei)

2.18.1 (frei)

2.19.1 Selektive Serotonin-5HT<sub>1</sub>-Agonisten: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Almotriptan: Almotriptan malat

Eletriptan: Eletriptan hydrobromid

Frovatriptan: Frovatriptan succinat-1-Wasser

Naratriptan: Naratriptan hydrochlorid

Rizatriptan: Rizatriptan benzoat

Sumatriptan: Sumatriptan succinat

Zolmitriptan

2.19.2 Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Citalopram: Citalopram hydrobromid

Escitalopram: Escitalopram oxalat

2.19.3 Serotonin-5HT<sub>3</sub>-Antagonisten: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dolasetron: Dolasetron mesilat, Dolasetron mesilat-(x)-Wasser

Granisetron: Granisetron hydrochlorid

Ondansetron: Ondansetron hydrochlorid, Ondansetron hydrochlorid-(x)-Wasser

Tropisetron: Tropisetron hydrochlorid

2.20.1 Testosteron-5-alpha-Reduktasehemmer: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dutasterid

Finasterid

2.20.2 Triazole: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Fluconazol

Itraconazol

3. Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen

3.00.1 (frei)

3.01.1 Acetylsalicylsäure und Kombinationen von Acetylsalicylsäure mit Antacida oder Puffersubstanzen: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Acetylsalicylsäure

3.01.2 Acetylsalicylsäure und Kombinationen von Acetylsalicylsäure mit Antacida oder Puffersubstanzen: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Acetylsalicylsäure

3.01.3 Antidepressiva: weitere klassische Antidepressiva, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Amitriptylinoxid

Clomipramin-hydrochlorid

Desipramin-hydrochlorid

Dibenzepin-hydrochlorid

Dosulepin-hydrochlorid

Doxepin

Imipramin-hydrochlorid

Lofepramin

Nortriptylin-hydrochlorid

Noxiptilin

Opipramol

Trimipramin

- 3.01.4 Antidepressiva: weitere klassische Antidepressiva, feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Clomipramin-hydrochlorid

Dibenzepin-hydrochlorid

- 3.01.5 Antidepressiva: weitere klassische Antidepressiva, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Doxepin

Imipramin-hydrochlorid

Trimipramin

- 3.01.6 Antidepressiva: andere Antidepressiva (2. Generation), feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Mianserin-hydrochlorid

Trazodon

Viloxazin

- 3.01.7 Antidepressiva: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Fluoxetin

Fluvoxaminhydrogenmaleat

Paroxetin

- 3.01.8 Antirheumatika: topische nicht steroidale Antirheumatika, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Etofenamat

Felbinac

Flufenaminsäure

Ketoprofen

Nifluminsäure

Piroxicam

3.01.9 Antitussiva: Opiumalkaloide und Derivate, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Codein

Dextromethorphan

Dihydrocodein

Levopropoxyphen

Noscapin

3.01.10 Antitussiva: Opiumalkaloide und Derivate, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dextromethorphan

3.01.11 Antitussiva: andere Antitussiva, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benproperin

Clobutinol

Dropropizin

Pentoxyverin

Pipazetat

3.02.1 Bisphosphonate und Kombinationen von Bisphosphonaten mit Additiva: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alendronsäure: Alendronsäure Natriumsalze, Alendronsäure Natriumsalze und Additiva (Alfacalcidol), Alendronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium, Colecalciferol), Alendronsäure Natriumsalze und Additiva (Colecalciferol)

Etidronsäure: Etidronsäure Natriumsalze, Etidronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium)

Ibandronsäure: Ibandronsäure Natriumsalze



Risedronsäure: Risedronsäure Natriumsalze, Risedronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium), Risedronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium, Colecalciferol), Risedronsäure Natriumsalze und Additiva (Colecalciferol)

3.03.1 Cholinesterasehemmer: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Donepezil: Donepezil hydrochlorid, Donepezil hydrochlorid-(x)-Wasser

Galantamin: Galantamin hydrobromid

Rivastigmin: Rivastigmin (R, R)-tartrat

3.04.1 (frei)

3.05.1 Eisen-II-haltige Antianämika mit dem Wirkungskriterium Eisenmangelanämie: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Eisen-II

3.06.1 Filmbildner: mit Konservierungsmittel

Wirkstoff:

Filmbildner

3.06.2 Filmbildner: ohne Konservierungsmittel

Wirkstoff:

Filmbildner

3.07.1 Gestagene, weitere: weitere Gestagene, feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dydrogesteron

Lynestrenol

Medrogeston

3.07.2 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, schwach wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Clocortolonpivalat plus -hexanoat

Dexamethason

Dexamethason-21-isonicotinat

Fluocortinbutylester

Fluorometholon

Hydrocortison

Hydrocortisonacetat

Prednisolon

Triamcinolon acetonid

3.07.3 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, schwach wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Hydrocortison

Hydrocortisonacetat

3.07.4 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, mittelstark wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alclometasondipropionat

Betamethasonbenzoat

Betamethasonvalerat

Clobetasonbutyrat

Clocortolonpivalat plus -hexanoat

Desonid

Desoximetason

Dexamethason

Flumethasonpivalat

Fluocinolonacetonid

Fluocinonid

Fluocortolon

Fluocortolonpivalat plus -hexanoat

Fluoroandrenolon-Fludroxycortid

Fluprednidenacetat

Halcinonid

Hydrocortison-17-butytrat, -21-propionat

Hydrocortisonaceponat

Hydrocortisonbutyrat

Methylprednisolonaceponat

Prednicarbat

Triamcinolon acetonid

3.07.5 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, stark wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Amcinonid

Betamethasondipropionat

Betamethasonvalerat

Desoximetason

Dexamethasonvalerat

Diflorasondiacetat

Diflucortolonvalerat

Fluocinolonacetonid

Fluocinonid

Fluocortolonpivalat plus -hexanoat

Fluticason-17-propionat

Halcinonid

Halometason

Mometason

Triamcinolon acetonid

3.07.6 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, sehr stark wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Clobetasolpropionat

Diflucortolonvalerat

Fluocinolonacetonid

3.08.1 H1-Antagonisten: Antihistaminika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Bamipin

Clemastin

Dexchlorpheniramin

Dimetinden

Diphenylpyralin

Pheniramin

Tripolidin

3.08.2 H1-Antagonisten: Antihistaminika, feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Brompheniramin

Carbinoxamin

Dimetinden

Pheniramin

3.08.3 H1-Antagonisten: Antihistaminika, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alimemazin

Carbinoxamin

Clemastin

Dimetinden

Diphenylpyralin

Mebhydrolin

Mequitazin

Pheniramin

3.08.4 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Azelastin: Azelastin hydrochlorid

Bilastin

Desloratadin

Ebastin

Fexofenadin: Fexofenadin hydrochlorid

Levocetirizin: Levocetirizin dihydrochlorid

Mizolastin

Rupatadin: Rupatadin fumarat

Terfenadin

3.08.5 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cetirizin

Loratadin

- 3.08.6 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, flüssige orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Cetirizin  
Loratadin
- 3.08.7 H1-Antagonisten: Antihistaminika mit zusätzlicher Hemmung der Mediatorfreisetzung, abgeteilte orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Ketotifen  
Oxatomid
- 3.08.8 H1-Antagonisten: Antihistaminika mit zusätzlicher Hemmung der Mediatorfreisetzung, flüssige orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Ketotifen  
Oxatomid
- 3.08.9 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, topische Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Bamipin  
Chlorphenoxamin  
Clemastin  
Dimetinden  
Diphenhydramin  
Pheniramin  
Tripeleminamin
- 3.09.1 (frei)
- 3.10.1 (frei)
- 3.11.1 Kombinationen von ACE-Hemmern mit Calciumkanalblockern: abgeteilte orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Delapril + Manidipin: Delapril hydrochlorid, Manidipin dihydrochlorid  
Enalapril + Lercanidipin: Enalapril maleat, Lercanidipin hydrochlorid  
Enalapril + Nitrendipin: Enalapril maleat  
**Perindopril + Amlodipin: Amlodipin besilat, Perindopril arginin**  
Ramipril + Amlodipin: Amlodipin besilat

Ramipril + Felodipin

Trandolapril + Verapamil: Verapamil hydrochlorid

3.11.2 Kombinationen von ACE-Hemmern mit Hydrochlorothiazid: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benazepril + Hydrochlorothiazid: Benazepril hydrochlorid

Captopril + Hydrochlorothiazid

Cilazapril + Hydrochlorothiazid: Cilazapril-1-Wasser

Enalapril + Hydrochlorothiazid: Enalapril maleat

Fosinopril + Hydrochlorothiazid: Fosinopril natrium

Lisinopril + Hydrochlorothiazid: Lisinopril-2-Wasser

Moexipril + Hydrochlorothiazid: Moexipril hydrochlorid

Quinapril + Hydrochlorothiazid: Quinapril hydrochlorid

Ramipril + Hydrochlorothiazid

Zofenopril + Hydrochlorothiazid: Zofenopril calcium

3.11.3 Kombinationen von ACE-Hemmern mit weiteren Diuretika: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Perindopril + Indapamid: Perindopril arginin, Perindopril erbumin

Ramipril + Piretanid

3.11.4 Kombinationen von Angiotensin-II-Antagonisten mit Hydrochlorothiazid: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Candesartan + Hydrochlorothiazid: Candesartan cilexetil

Eprosartan + Hydrochlorothiazid: Eprosartan mesilat

Irbesartan + Hydrochlorothiazid: Irbesartan hydrochlorid

Losartan + Hydrochlorothiazid: Losartan kalium

Olmesartan + Hydrochlorothiazid: Olmesartan medoxomil

Telmisartan + Hydrochlorothiazid

Valsartan + Hydrochlorothiazid

3.11.5 Kombinationen von Beta-Rezeptorenblockern mit Diuretika und Vasodilantien: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Atenolol 25 mg + Chlortalidon 12,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

Atenolol 50 mg + Chlortalidon 25 mg + Hydralazin-HCl 50 mg

Metipranolol 20 mg + Butizid 2,5 mg + Dihydralazinsulfat 25 mg

Metipranolol 40 mg + Butizid 5 mg + Dihydralazinsulfat 50 mg

Metoprololtartrat 50 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

Metoprololtartrat 100 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

Oxprenolol-HCl 80 mg + Chlortalidon 10 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

Propranolol-HCl 60 mg + Bendroflumethiazid 2,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

3.11.6 Kombinationen von Beta-Rezeptorenblockern und Thiazid-Diuretika mit kaliumsparenden Diuretika: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bupranolol-HCl 100 mg + Bemetizid 10 mg + Triamteren 20 mg

Propranolol-HCl 80 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg + Triamteren 25 mg

Timololhydrogenmaleat 10 mg + Hydrochlorothiazid 25 mg + Amilorid-HCl 2,5 mg

3.11.7 Kombinationen von Beta-Rezeptorenblockern, nicht selektiv, mit weiteren Diuretika: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Oxprenolol + Chlortalidon: Oxprenolol hydrochlorid

Penbutolol + Furosemid: Penbutolol sulfat

Penbutolol + Piretanid: Penbutolol sulfat

Pindolol + Clopamid

3.11.8 Kombinationen von Carboanhydrasehemmern mit Timolol: Ophthalmika

Wirkstoff

Brinzolamid + Timolol: Timolol hydrogenmaleat

Dorzolamid + Timolol: Dorzolamid hydrochlorid, Timolol hydrogenmaleat

3.11.9 Kombinationen von Cromoglicinsäure mit Beta2-Sympathomimetika: inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cromoglicinsäure + Fenoterol

Cromoglicinsäure + Reproterol

3.11.10 Kombinationen von Estrogenen und Gestagenen in der Hormonersatztherapie: orale Darreichungsformen

Wirkstoff

Estradiol + Dienogest: Estradiol valerat

Estradiol + Drospirenon: Estradiol 0,5 Wasser

Estradiol + Dydrogesteron: Estradiol 0,5 Wasser

Estradiol + Levonorgestrel: Estradiol 0,5 Wasser, Estradiol valerat

Estradiol + Medroxyprogesteronacetat: Estradiol valerat

Estradiol + Norethisteron: Estradiol 0,5 Wasser, Estradiol valerat,  
Norethisteronacetat

Estrogene, konjugierte + Medrogeston

Estrogene, konjugierte + Medroxyprogesteronacetat

3.11.10 Kombinationen von Glucocorticoiden mit langwirksamen Beta2-Sympathomimetika:  
inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Beclometasondipropionat + Formoterol: Beclometasondipropionat, wasserfreies,  
Formoterol hemifumarat-(x)-Wasser

Budesonid + Formoterol: Formoterol hemifumarat-(x)-Wasser

Fluticason furoat + Vilanterol: Vilanterol trifenatat

Fluticason propionat + Formoterol: Fluticason 17-propionat, Formoterol hemifumarat-  
(x)-Wasser

Fluticason propionat + Salmeterol: Fluticason 17-propionat, Salmeterol xinafoat

3.11.11 Kombinationen von Levothyroxin mit Jodid: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Levothyroxin + Jodid: Levothyroxin-Natrium und Kaliumjodid

3.11.12 Kombinationen von Nifedipin mit Beta-Rezeptorenblockern: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Nifedipin 10 mg + Acebutolol 100 mg

Nifedipin 10 mg + Atenolol 25 mg

Nifedipin 15 mg + Metoprolol 50 mg

Nifedipin 20 mg + Atenolol 50 mg

3.11.13 Kombinationen von Paracetamol mit Codein: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Codeinphosphat 30 mg x 0,5 H<sub>2</sub>O

Paracetamol 500 mg



3.11.14 Kombinationen von Paracetamol mit Codein: rektale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Codeinphosphat 60 mg x 0,5 H<sub>2</sub>O

Paracetamol 1 000 mg

3.11.15 Kombinationen von Thiazid-Diuretika und Analoga mit kaliumsparenden Diuretika: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bendroflumethiazid 2,5 mg + Amilorid-HCl 4,4 mg

Trichlormethiazid 2 mg + Amilorid-HCl 2 mg

Xipamid 10 mg + Triamteren 30 mg

Xipamid 5 mg + Triamteren 15 mg

3.12.1 (frei)

3.13.1 Myotonolytika: zentral wirksame Myotonolytika, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Baclofen

Tetrazepam

Tizanidin

3.14.1 Neuroleptika: hochpotente Neuroleptika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Benperidol

Bromperidol

Flupentixol

Fluphenazin

Perphenazin

Pimozid

Tiotixen

Trifluoperazin

3.14.2 Neuroleptika: hochpotente Neuroleptika, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benperidol

Bromperidol

Fluphenazin

Perphenazin

Trifluoperidol

- 3.14.3 Neuroleptika: hochpotente Neuroleptika, parenterale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Benperidol

Fluphenazin

- 3.14.4 Neuroleptika: mittel- und niedrigpotente Neuroleptika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Chlorphenethazin

Chlorpromazin

Chlorprothixen

Clopenthixol

Dixyrazin

Levomepromazin

Melperon

Metofenazat

Perazin

Promazin

Prothipendyl

Thioridazin

Triflupromazin

Zotepin

Zuclopenthixol

- 3.14.5 Neuroleptika: mittel- und niedrigpotente Neuroleptika, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Chlorpromazin

Chlorprothixen

Dixyrazin

Fluanison

Levomepromazin

Melperon

Perazin

Promazin

Prothipendyl

Thioridazin

Zuclopenthixol

3.14.6 Neuroleptika: mittel- und niedrigpotente Neuroleptika, parenterale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Chlorpromazin

Chlorprothixen

Levomepromazin

Melperon

Perazin

Promazin

Prothipendyl

Triflupromazin

3.14.7 Neuroleptika: Depotneuroleptika, parenterale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Flupentixol

Fluphenazin

Fluspirilen

Perphenazin

Zuclopenthixol

3.15.1 Ophthalmika, vasokonstriktorisch: weitere Ophthalmika, vasokonstriktorisch

Wirkstoff:

Antazolin

Naphazolin

Oxymetazolin

Phenylephrin

Tetryzolin

Tramazolin

3.16.1 Parkinsontherapeutika: Dopaminagonisten, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alpha-Dihydroergocriptin

Bromocriptin

Lisurid

Pergolid

3.16.2 Parkinsontherapeutika: Anticholinergika, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benzatropin

Bornaprin

Pridinol

Procyclidin

Trihexyphenidyl

3.16.3 Parkinsontherapeutika: Anticholinergika, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Metixen

3.17.1 (frei)

3.18.1 (frei)

3.19.1 Schichtgitter-Antacida: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Hydrotalcit

magaldrathaltige Kombinationen

3.20.1 Thiamin + Pyridoxin: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Thiamin + Pyridoxin

3.21.1 Urologische Spasmolytika: feste, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Darifenacin

Darifenacin hydrobromid

Fesoterodin

Fesoterodin fumarat

Propiverin

Propiverin hydrochlorid

Solifenacin

Solifenacin succinat

Tolterodin

Tolterodin (R,R)-tartrat

Trospiumchlorid

3.00.1 (frei)

[→ nach oben](#)

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

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

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

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Erforderlichkeit der Alkoholentwöhnungsmittel in der ärztlichen Verordnung besonders begründet worden ist.

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

- c) akutem Koronarsyndrom mit ST-Strecken-Hebungs-Infarkt, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert worden ist.

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

- a) Nateglinid
- b) Repaglinid.

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

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

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

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

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

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

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

Diese Wirkstoffe sind nur beihilfefähig, solange sie im Vergleich zu intermediär wirkendem Humaninsulin nicht mit Mehrkosten verbunden sind; die notwendige

Dosiseinheit zur Erreichung des therapeutischen Ziels ist zu berücksichtigen.

Satz 2 gilt nicht für

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

9. Klimakteriumstherapeutika sind nur beihilfefähig zur systemischen und topischen hormonellen Substitution; sowohl für den Beginn als auch für die Fortführung einer Behandlung postmenopausaler Symptome ist die niedrigste Dosis einheit für die kürzestmögliche Therapiedauer anzuwenden.
  
10. Prostatamittel sind nur beihilfefähig
  - a) einmalig für eine Dauer von 24 Wochen als Therapieversuch sowie
  - b) längerfristig, sofern der Therapieversuch nach Buchstabe a erfolgreich verlaufen ist.
  
11. Saftzubereitungen sind für Erwachsene nur beihilfefähig in Ausnahmefällen; die Gründe müssen dabei in der Person liegen.

[→ nach oben](#)



**Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel**

**Abschnitt 1**

**Leistungsverzeichnis**

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
<b>Bereich Inhalation</b>			
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschall- vernebelung  a) als Einzelinhalation  b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer  c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teil- nehmer  Aufwendungen für die für Inhalationen erforder- lichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.		
2	Radon-Inhalation  a) im Stollen  a) mittels Hauben	  13,60  16,60	  14,90  18,20
<b>Bereich Krankengymnastik, Bewegungs- übungen</b>			
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Er- stellung eines Behandlungsplans	15,00	16,50
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologi- scher Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	23,40	25,70

[→ nach oben](#)

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	30,70	33,80
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	41,20	45,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,40	8,20
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	13,00	14,30
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	64,90	71,40
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	28,30	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	17,80	19,50
c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	14,20	15,60	
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	27,00	29,70
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	17,30	19,00

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
13	Bewegungsübungen		
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	9,20	10,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,00	6,60
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	28,30	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	17,80	19,50
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	14,20	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	98,30	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbe- handlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	42,00	46,20
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richt- wert: 20 Minuten	8,00	8,80

[→ nach oben](#)

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
<b>Bereich Massagen</b>			
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile  a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten  b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	  16,60  16,60	  18,20  18,20
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)  a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	  23,40 35,00 53,00 11,30	  25,70 38,50 58,30 12,40
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	27,70	30,50
<b>Bereich Palliativversorgung</b>			
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	60,00	66,00
<b>Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>			
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,40	13,60

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
23	<p>Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe</p> <p>a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fang- Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)</p> <p>b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid</p> <p>aa) Teilpackung</p> <p>bb) Großpackung</p>	<p></p> <p>14,20</p> <p>32,90</p> <p>43,40</p>	<p></p> <p>15,60</p> <p>36,20</p> <p>47,80</p>
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,90	19,70
25	<p>Kaltpackung (Teilpackung)</p> <p>a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem</p> <p>b) Anwendung einmal verwendbarer Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid</p>	<p></p> <p>9,20</p> <p>18,50</p>	<p></p> <p>10,20</p> <p>20,30</p>
26	Heublumensack, Peloidkomresse	11,00	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	5,50	6,10
28	Trockenpackung	3,70	4,10
29	<p>a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss</p> <p>b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss</p> <p>Abklatschung, Abreibung, Abwaschung</p>	<p>3,70</p> <p>5,50</p> <p>4,90</p>	<p>4,10</p> <p>6,10</p> <p>5,40</p>

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe  b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,80  24,00	16,20  26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe  a) Teilbad  b) Vollbad	  11,00  16,00	  12,10  17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,80	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe  a) Teilbad	  39,40	  43,30
	b) Vollbad	47,90	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe  a) Teilbad  b) Vollbad	  34,40  39,40	  37,90  43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	39,40	43,30
36	Medizinisches Bad mit Zusatz  a) Hand- oder Fußbad  b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe  c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe  d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	  8,00  16,00  22,20  3,70	  8,80  17,60  24,40  4,10

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
37	<p>Gashaltiges Bad</p> <p>a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlendioxidbad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe</p> <p>b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe</p> <p>c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe</p> <p>d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe</p> <p>e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat</p>	<p>23,40</p> <p>27,00</p> <p>25,20</p> <p>22,20</p> <p>3,70</p>	<p>25,70</p> <p>29,70</p> <p>27,70</p> <p>24,40</p> <p>4,10</p>
38	<p>Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 3,70 Euro und ab 1.1.2019 um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.</p>		
	<b>Bereich Kälte- und Wärmebehandlung</b>		
39	<p>Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen</p>	11,80	12,90
40	<p>Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten</p>	6,80	7,50
41	<p>Ultraschall-Wärmetherapie</p>	10,80	11,90

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
<b>Bereich Elektrotherapie</b>			
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	7,40	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	14,20	15,60
44	Iontophorese	7,40	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	13,60	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40	29,00
<b>Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b>			
47	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	98,20	108,00
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen  a) Richtwert: 30 Minuten  b) Richtwert: 45 Minuten  c) Richtwert: 60 Minuten  d) Richtwert: 90 Minuten  Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	38,00  53,60  62,60  94,00	41,80  59,00  68,90  103,40



Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
49	<p>Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten</p> <p>b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten</p> <p>c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten</p> <p>d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten</p> <p>Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.</p>	<p>45,80</p> <p>31,40</p> <p>61,40</p> <p>51,00</p>	<p>50,40</p> <p>34,60</p> <p>67,60</p> <p>56,10</p>
	<b>Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)</b>		
	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	38,00	41,80

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
51	<p><b>Einzelbehandlung</b></p> <p>a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten</p> <p>b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten</p> <p>c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten</p> <p>d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten</p> <p>e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall</p> <p>aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit</p> <p>    aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen</p> <p>    bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen</p> <p>bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen</p>	<p></p> <p>38,00</p> <p>49,80</p> <p>65,80</p> <p>116,50</p> <p></p> <p>37,00</p> <p>49,40</p> <p>61,60</p>	<p></p> <p>41,80</p> <p>54,80</p> <p>72,30</p> <p>128,20</p> <p></p> <p>40,70</p> <p>54,40</p> <p>67,70</p>
52	<p><b>Gruppenbehandlung</b></p> <p>a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p>	<p>14,50</p> <p>18,70</p> <p>34,40</p> <p>63,80</p>	<p>16,00</p> <p>20,60</p> <p>37,90</p> <p>70,20</p>

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	42,00	46,20
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	18,70	20,60
	<b>Bereich Podologie</b>		
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	24,20	26,70
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	17,20	18,90
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	22,80	25,10
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	17,20	18,90
59	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	37,80	41,60
60	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	24,20	26,70
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	176,90	194,60
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	34,00	37,40
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	58,90	64,80
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	68,00	74,80

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	34,00	37,40
	<b>Bereich Ernährungstherapie</b>		
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	60,00	66,00
67	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	30,00	33,00
68	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	10,00	11,00
	<b>Bereich Sonstiges</b>		
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	11,00	12,10
70	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels		
71	Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69 und 70 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.		

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

[→ nach oben](#)

## Abschnitt 2

### Erweiterte ambulante Physiotherapie

1. Aufwendungen für eine EAP nach Abschnitt 1 Nummer 15 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist und bei einer der folgenden Indikationen angewendet wird:
  - a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
    - aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
    - bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
    - cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
    - dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
    - ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50°Grad nach Cobb,
  - b) Operationen am Skelettsystem bei
    - aa) posttraumatischen Osteosynthesen,
    - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
  - c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulären Defiziten bei
    - aa) Schulterprothesen,
    - bb) Knieendoprothesen,
    - cc) Hüftendoprothesen,
  - d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
    - aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
    - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
      - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
      - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
      - ccc) schwerer Schultersteife (frozen-shoulder),
      - ddd) Impingement-Syndrom,

- eee) Schultergelenkluxation,
- fff) tendinosis calcarea,
- ggg) periathritis humero-  
scapularis,

cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,

e) Amputationen.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist zudem eine Verordnung von

- a) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
  - b) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
  - c) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
  - d) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.
2. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
3. Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
- a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
  - b) Physikalische Therapie,
  - c) MAT.
4. Werden Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 15 abgegolten.
5. Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

### Abschnitt 3

#### Medizinisches Aufbautraining

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes MAT nach Abschnitt 1 Nummer 16 mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn
- a) das Training verordnet wird von
    - aa) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
    - bb) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
    - cc) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
    - dd) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,

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

#### Abschnitt 4

##### Palliativversorgung

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

- g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,
  - h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),
  - i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.
3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 umfassen folgende Leistungen:
- a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,
  - b) Wahrnehmungsschulung,
  - c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),
  - d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),
  - e) angepasstes, gerätegestütztes Training,
  - f) Anwendung entstauender Techniken,
  - g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,
  - h) ergänzende Beratung,
  - i) Begleitung in der letzten Lebensphase,
  - j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,
  - k) Hilfsmittelversorgung,
  - l) interdisziplinäre Absprachen.

**→ nach oben**



## Anlage 10

(zu § 23 Abs. 1 und 24 Abs. 1)

### Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel

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

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

8. Bereich Podologie

- a) Podologin oder Podologe,
- b) medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,

9. Bereich Ernährungstherapie

- a) Diätassistentin oder Diätassistent,
- b) Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
- c) Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

[→ nach oben](#)

**Anlage 11**

(zu § 25 Abs. 1 und 4)

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

**Abschnitt 1**

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

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

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

- 2.7 Bettnässer-Weckgerät
- 2.8 Beugebandage
- 2.9 Billroth-Batist-Lätzchen
- 2.10 Blasenfistelbandage
- 2.11 Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Leine, Halsband, Maulkorb)
- 2.12 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschalleitgerät)
- 2.13 Blindenstock, -langstock oder -taststock
- 2.14 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)
- 2.15 Blutlanzette
- 2.16 Blutzuckermessgerät
- 2.17 Bracelet
- 2.18 Bruchband
- 3.1 Clavicula-Bandage
- 3.2 Cochlea-Implantate einschließlich Zubehör
- 3.3 Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)
- 3.4 Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhardware und Spezialsoftware bis zu 3 500 Euro, gegebenenfalls zuzüglich bis zu 5 400 Euro für eine Braillezeile mit 40 Modulen
- 4.1 Dekubitus-Schutzmittel (zum Beispiel Auf- oder Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf- oder Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)
- 4.2 Delta-Gehrad
- 4.3 Drehscheibe, Umsetzhilfen
- 4.4 Duschsitz oder -stuhl
- 5.1 Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse
- 5.2 Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
- 5.3 Ekzemmanschette
- 5.4 Elektroscooter bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung
- 5.5 Elektrostimulationsgerät
- 5.6 Epicondylitisbandage oder -spange mit Pelotten
- 5.7 Epitrainbandage
- 5.8 Ernährungssonde**
- 6.1 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
- 6.2 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
- 6.3 Fingerling
- 6.4 Fingerschiene
- 6.5 Fixationshilfen
- 6.6 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)
- 7.1 Gehgipsgalosse
- 7.2 Gehhilfen und -übungsgeräte
- 7.3 Gehörschutz
- 7.4 Genutrain-Aktiv-Kniebandage

- 7.5 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose oder verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
- 7.6 **Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung (Continuous Glucose Monitoring – CGM, Flash Glucose Monitoring – FGM) einschließlich Sensoren bei Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus; daneben sind Aufwendungen für übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Bluttteststreifen beihilfefähig**
- 7.7 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese)
- 7.8 Gilchrist-Bandage
- 7.9 Gipsbett, Liegeschale
- 7.10 Glasstäbchen
- 7.11 Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz
- 7.12 Gummistrümpfe
- 8.1 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
- 8.2 Handgelenkriemen
- 8.3 Hebekissen
- 8.4 Heimdialysegerät
- 8.5 Helfende Hand, Scherenzange
- 8.6 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät oder -monitor
- 8.7 Hochtontherapiegerät
- 8.8 Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte], Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen, Otoplastik, In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte], alle fünf Jahre einschließlich der Nebenkosten, es sei denn, aus medizinischen oder technischen Gründen ist eine vorzeitige Verordnung zwingend erforderlich; Aufwendungen sind für Personen ab 15 Jahren auf 1 500 Euro je Ohr begrenzt, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch indizierte notwendige Fernbedienung; der Höchstbetrag kann überschritten werden, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende Versorgung bei beidseitiger an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten
- 9.1 Impulsvibrator
- 9.2 Infusionsbesteck oder -gerät und Zubehör
- 9.3 Inhalationsgerät, einschließlich Sauerstoff und Zubehör, jedoch keine Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
- 9.4 Innenschuh, orthopädischer
- 9.5 Insulinapplikationshilfen
- 9.6 Irisschale mit geschwärtzter Pupille bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut eines blinden Auges und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
- 10.1 (frei)
- 11.1 Kanülen und Zubehör
- 11.2 Katapultsitz
- 11.3 Katheter, auch Ballonkatheter, und Zubehör
- 11.4 Kieferspreizgerät
- 11.5 Klosett-Matratze für den häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz
- 11.6 Klumpfußschiene
- 11.7 Klumphandschiene
- 11.8 Klyso

- 11.9 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
- 11.10 Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
- 11.11 Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation
- 11.12 Knöchel- und Gelenkstützen
- 11.13 Körperersatzstücke einschließlich Zubehör, abzüglich eines Eigenanteils von 15 Euro für Brustprothesenhalter und 40 Euro für Badeanzüge, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen
- 11.14 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
- 11.15 Koordinator nach Schielbehandlung
- 11.16 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
- 11.17 Kopfschützer
- 11.18 Korrektursicherungsschuh
- 11.19 Krabblertisch für Spastikerinnen und Spastiker
- 11.20 Krampfaderbinde
- 11.21 Krankenfahrrad und Zubehör
- 11.22 Krankenpflegebett
- 11.23 Krankenstock
- 11.24 Kreuzstützbandage
- 11.25 Krücke
- 12.1 Latextrichter bei Querschnittslähmung
- 12.2 Leibbinde, jedoch keine Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
- 12.3 Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
- 12.4 Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- 12.5 Lift (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber oder Badewannenlifter)
- 12.6 Lispelsonde
- 12.7 Lumbalbandage
- 13.1 Malleotrain-Bandage
- 13.2 Mangoldsche Schnürbandage
- 13.3 Manutrain-Bandage
- 13.4 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro:
  - 13.4.1 Straßenschuhe (Erstausrüstung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.2 Hausschuhe (Erstausrüstung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.3 Sportschuhe (Erstausrüstung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.4 Badeschuhe (Erstausrüstung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach vier Jahren),
  - 13.4.5 Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigenanteil von 64 Euro)
- 13.5 Milchpumpe
- 13.6 Mundsperrerring
- 13.7 Mundstab/-greifstab
- 14.1 Narbenschützer
- 14.2 Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (zwei pro Jahr und bis zu 80 Euro je Overall)

- 15.1 Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts und Ähnliches, auch Hal-temanschetten und Ähnliches
- 15.2 Orthesenschuhe, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro  
(Orthonyxie-Nagelkorrekturspange einschließlich der Anpassungen aufgehoben 8.ÄVO)
- 15.3 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (höchstens sechs Paar Schuhe pro Jahr)
- 16.1 Pavlik-Bandage
- 16.2 Peak-Flow-Meter
- 16.3 Penisklemme
- 16.4 Peronausschiene, Heidelberger Winkel
- 16.5 Phonator
- 16.6 Polarimeter
- 16.7 Psoriasisikamm
- 17.1 Quengelschiene
- 18.1 Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- 18.2 Reflektometer
- 18.3 Rektophor
- 18.4 Rollator
- 18.5 Rollbrett
- 18.6 Rutschbrett
- 19.1 Schede-Rad
- 19.2 Schrägliegebrett
- 19.3 Schutzbrille für Blinde
- 19.4 Schutzhelm für Behinderte
- 19.5 Schwellstromapparat
- 19.6 Segofix-Bandagensystem
- 19.7 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
- 19.8 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
- 19.9 Skolioseumkrümmungsbandage
- 19.10 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
- 19.11 Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro
- 19.12 Sphinkter-Stimulator
- 19.13 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
- 19.14 Spreizfußbandage
- 19.15 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
- 19.16 Spritzen
- 19.17 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehenschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)
- 19.18 Stehübungsgerät
- 19.19 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
- 19.20 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter
- 19.21 Stubbies
- 19.22 Stumpfschutzhülle

- 19.23 Stumpfstrumpf
- 19.24 Suspensorium
- 19.25 Symphysengürtel
- 20.1 Talocrur (Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar)
- 20.2 Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)
- 20.3 **Therapiestuhl**
- 20.4 Tinnitusgerät
- 20.5 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
- 20.6 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
- 20.7 Tragegurtsitz
- 21.1 Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht
- 21.2 Übungsschiene
- 21.3 Urinale
- 21.4 Urostomiebeutel
- 22.1 Verbandsschuhe (Einzelschuhversorgung)
- 22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit
- 23.1 Wasserfeste Gehhilfe
- 23.2 Wechseldruckgerät
- 24.1 (frei)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zyklomat-Hormon-Pumpe.

[→ nach oben](#)



## **Abschnitt 2**

### **Perücken**

Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (zum Beispiel Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (zum Beispiel 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.

## **Abschnitt 3**

### **Blindenhilfsmittel und Mobilitätstraining**

1. Aufwendungen für zwei Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung sind beihilfefähig.
2. Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung im Gebrauch dieser Hilfsmittel (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
  - a) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
    - aa) Unterrichtsstunde á 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Unterrichtsstunden 63,50 Euro,
    - bb) Fahrtzeit der Trainerin oder des Trainers je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird 50,48 Euro,
    - cc) Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer 0,30 Euro oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
    - dd) notwendige Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainerin oder des Trainers nicht zumutbar ist, je Tag 26 Euro.

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

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

### **→ nach oben**

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

## Abschnitt 4

### Sehhilfen

#### Unterabschnitt 1

#### Allgemeine Bestimmungen der Beihilfefähigkeit von Sehhilfen

##### 1. Sehhilfen zur Verbesserung des Visus sind beihilfefähig

- a) für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- b) für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn beide Augen auf Grund der Sehschwäche oder Blindheit eine schwere Sehbeeinträchtigung aufweisen, die mindestens der Stufe 1 der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikationen des Grades der Sehbeeinträchtigung entspricht; eine schwere Sehbeeinträchtigung liegt unter anderem vor, wenn
  - aa) der Visus bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brille oder mit Kontaktlinsen auf dem besseren Auge nicht mehr als 0,3 beträgt oder
  - bb) das beidäugige Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht mehr als 10 Grad ist;
- c) für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bei einem Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler bei
  - aa) Myopie von mehr als 6 dpt,
  - bb) Hyperopie von mehr als 6 dpt,
  - cc) Astigmatismus von mehr als 4 dpt.

Liegt ein Refraktionsfehler nach Satz 1 Buchstabe c nur bei einem Auge vor, sind die Aufwendungen für das Brillenglas oder die Kontaktlinse auch für das andere Auge beihilfefähig.

2. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist, dass diese von einer Augenärztin oder einem Augenarzt verordnet worden ist. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig.
3. Aufwendungen für erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind beihilfefähig, wenn bei gleichbleibendem Visus seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei, bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
  - a) sich die Refraktion geändert hat,
  - b) die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist,
  - c) sich die Kopfform geändert hat.
4. Als Sehhilfen zur Verbesserung des Visus sind beihilfefähig:
  - a) Brillengläser,
  - b) Kontaktlinsen,
  - c) vergrößernde Sehhilfen.

5. Bei Personen, die der Vollzeitschulpflicht unterliegen, sind Aufwendungen für eine Brille beihilfefähig, wenn sie für die Teilnahme am Schulsport erforderlich ist. Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach dem Unterabschnitt 2 Nummer 1 und 2; für die Brillenfassung sind Aufwendungen bis zu 52 Euro beihilfefähig.

Unterabschnitt 2  
Brillengläser zur Verbesserung des Visus

1. Aufwendungen für Brillengläser sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
- a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):
    - aa) Einstärkengläser:
      - aaa) für ein sphärisches Glas 31,00 Euro,
      - bbb) für ein zylindrisches Glas 41,00 Euro,
    - bb) Mehrstärkengläser:
      - aaa) für ein sphärisches Glas 72,00 Euro,
      - bbb) für ein zylindrisches Glas 92,50 Euro,
  - b) für vergütete Gläser mit Gläserstärken über +/-6 dpt zuzüglich je Glas 21,00 Euro,
  - c) für Dreistufen- oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas 21,00 Euro,
  - d) für Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas 21,00 Euro.
2. Zusätzlich zu den Aufwendungen nach Nummer 1 sind Mehraufwendungen für Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläser bei den jeweils genannten Indikationen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
- a) für Kunststoffgläser und hochbrechende mineralische Gläser (Leichtgläser) zuzüglich je Glas 21,00 Euro,
    - aa) für Gläserstärken ab +6/-8 dpt,
    - bb) für Anisometropien ab 2 dpt,
    - cc) unabhängig von der Gläserstärke
      - aaa) für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
      - bbb) für Personen mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
      - ccc) für Brillen, die im Rahmen der Vollzeitschulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind,

b) für Lichtschutzgläser oder fototrope Gläser

zuzüglich je Glas

11,00 Euro,

- aa) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (zum Beispiel Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
- bb) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen,
- cc) bei Fortfall der Pupillenverengung (zum Beispiel absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),
- dd) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (zum Beispiel Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),
- ee) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (zum Beispiel Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
- ff) bei Ciliarneuralgie,
- gg) bei Blendung auf Grund entzündlicher oder degenerativer Erkrankungen der Netzhaut, der Aderhaut oder der Sehnerven,
- hh) bei totaler Farbenblindheit,
- ii) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- jj) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (zum Beispiel Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- kk) bei Gläserstärken ab +10 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille.

**→ nach oben**

3. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:

- a) hochbrechende Lentikulargläser,
- b) entspiegelte Gläser,
- c) polarisierende Gläser,
- d) Gläser mit härtender Oberflächenbeschichtung,
- e) Gläser und Zurichtungen an der Brille zur Verhinderung von Unfallschäden am Arbeitsplatz oder für den Freizeitbereich,
- f) Bildschirmbrillen,
- g) Brillenversicherungen,
- h) Gläser für eine sogenannte Zweitbrille, deren Korrektionsstärken bereits den vorhandenen Gläsern entsprechen (Mehrfachverordnung),

- i) Gläser für eine sogenannte Reservebrille, die zum Beispiel aus Gründen der Verkehrssicherheit benötigt werden,
- j) Gläser für Sportbrillen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5,
- k) Brillenetuis,
- l) Brillenfassungen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5.

### Unterabschnitt 3

#### Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus

1. Aufwendungen für Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus sind beihilfefähig bei:
    - a) Myopie ab 8 dpt,
    - b) Hyperopie ab 8 dpt,
    - c) irregulärem Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 Prozent verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
    - d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
    - e) Astigmatismus obliquus (Achslage  $45^\circ$   $\pm$   $30^\circ$  oder  $135^\circ$   $\pm$   $30^\circ$ ) ab 2 dpt,
    - f) Keratokonus,
    - g) Aphakie,
    - h) Aniseikonie von mehr als 7 Prozent (die Aniseikoniemessung ist nach einer allgemein anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode durchzuführen und zu dokumentieren),
    - i) Anisometropie ab 2 dpt.
- nach oben**
2. Aufwendungen für Kurzzeitlinsen sind je Kalenderjahr nur beihilfefähig
    - a) für sphärische Kontaktlinsen bis zu 154 Euro,
    - b) für torische Kontaktlinsen bis zu 230 Euro.
  3. Wenn Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei Vorliegen einer Indikation nach Nummer 1 neben den Kontaktlinsen zusätzlich Aufwendungen für eine Brille nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Liegt keine Indikation nach Nummer 1 vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Gläser beihilfefähig.
  4. Nicht beihilfefähig sind:
    - a) Kontaktlinsen als postoperative Versorgung (auch als Verbandlinse oder Verbandschale) nach nicht beihilfefähigen Eingriffen,
    - b) Kontaktlinsen in farbigen Ausführungen zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris,
    - c) One-Day-Linsen,
    - d) multifokale Mehrstärkenkontaktlinsen,
    - e) Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern,
    - f) Reinigungs- und Pflegemittel für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

#### Unterabschnitt 4

##### Vergrößernde Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe

1. Aufwendungen für folgende ärztlich verordnete vergrößernde Sehhilfen sind beihilfefähig:
  - a) optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf vorrangig als Hellfeldlupe, Hand- und Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser); in Ausnahmefällen als Fernrohrlupenbrillensystem (zum Beispiel nach Galilei, Kepler) einschließlich der Systemträger,
  - b) elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe als mobile oder nicht mobile Systeme bei einem mindestens 6-fachen Vergrößerungsbedarf,
  - c) optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne als fokussierende Handfernrohre oder Monokulare.Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Sehhilfe von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist, die oder der die Notwendigkeit und die Art der benötigten Sehhilfen selbst oder in Zusammenarbeit mit einer entsprechend ausgestatteten Augenoptikerin oder einem entsprechend ausgestatteten Augenoptiker bestimmt hat.
2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
  - a) Fernrohrlupenbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei oder Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,
  - b) separate Lichtquellen (zum Beispiel zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung der Lektüre),
  - c) Fresnellinsen.

→ **nach oben**

#### Unterabschnitt 5

##### Therapeutische Sehhilfen

1. Aufwendungen für folgende therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind beihilfefähig, wenn die Sehhilfe von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist:
  - a) Glas mit Lichtschutz mit einer Transmission bis 75 Prozent bei
    - aa) Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
    - bb) Albinismus.Ist beim Lichtschutzglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich erforderlich, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Gläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Zusätzlich sind die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig, wenn der Seitenschutz erfolgreich getestet wurde.
  - b) Glas mit Ultraviolett-(UV-)Kantenfilter (400 Nanometer Wellenlänge) bei
    - aa) Aphakie,
    - bb) Photochemotherapie zur Absorption des langwelligen UV-Lichts,
    - cc) UV-Schutz nach Pseudophakie, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,

dd) Iriskolobom,

ee) Albinismus.

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

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

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

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

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

cc) Albinismus.

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

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

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

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

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

Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, zum Beispiel prä- oder postoperativ, sind nur die Aufwendungen für Prismenfolien ohne Trägerglas beihilfefähig. Ausgleichsprismen bei über-

großen Brillendurchmessern sowie Höhenausgleichsprismen bei Mehrstärkengläsern sind nicht beihilfefähig.

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

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



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

2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

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

[→ nach oben](#)

**Anlage 12**

(zu § 25 Abs. 1, 2 und 4)

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

Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die weder notwendig noch wirtschaftlich angemessen (§ 6 Absatz 1) sind, die einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder einen geringen Abgabepreis haben (§ 25 Absatz 2) oder die zur allgemeinen Lebenshaltung gehören. Nicht beihilfefähig sind insbesondere folgende Gegenstände:

- 1.1 Adju-Set/-Sano
- 1.2 Angorawäsche
- 1.3 Anti-Allergene-Matrasen, Matrasenbezüge und Bettbezüge
- 1.4 Aqua-Therapie-Hose
- 1.5 Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl
- 1.6 Augenheizkissen
- 1.7 Autofahrerrückenstütze
- 1.8 Autokindersitz
- 1.9 Autokofferraumlifter
- 1.10 Autolifter
- 2.1 Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte
- 2.2 Bandagen (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
- 2.3 Basalthermometer
- 2.4 Bauchgurt
- 2.5 Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
- 2.6 Bett (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
- 2.7 Bettbrett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
- 2.8 Bett-Tisch
- 2.9 Bidet
- 2.10 Bildschirmbrille
- 2.11 Bill-Wanne
- 2.12 Blinden-Uhr
- 2.13 Blutdruckmessgerät
- 2.14 Brückentisch
- 3.1 (frei)
- 4.1 Dusche
- 5.1 Einkaufsnetz
- 5.2 Einmal-Handschuhe, es sei denn, sie sind bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter oder bei Querschnittgelähmten zur Darmentleerung erforderlich
- 5.3 Eisbeutel und -kompressen
- 5.4 Elektrische Schreibmaschine
- 5.5 Elektrische Zahnbürste

- 5.6 Elektrofahrzeuge, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
- 5.7 Elektro-Luftfilter
- 5.8 Elektronik-Muscle-Control (EMC 1000)
- 5.9 Erektionshilfen
- 5.10 Ergometer
- 5.11 Ess- und Trinkhilfen
- 5.12 Expander
- 6.1 Fieberthermometer
- 6.2 Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (zum Beispiel Venentrainer)
- 7.1 Garage für Krankenfahrzeuge
- 8.1 Handschuhe, es sei denn, sie sind nach Nummer 11.21 der Anlage 11 erforderlich
- 8.2 Handtrainer
- 8.3 Hängeliege
- 8.4 Hantel (Federhantel)
- 8.5 Hausnotrufsystem
- 8.6 Hautschutzmittel
- 8.7 Heimtrainer
- 8.8 Heizdecke/-kissen
- 8.9 Hilfsgeräte für die Hausarbeit
- 8.10 Höhensonne
- 8.11 Hörkissen
- 8.12 Hörkragen Akusta-Coletta
- 9.1 Intraschallgerät (Schallwellengerät)
- 9.2 Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
- 9.3 Ionisierungsgeräte (zum Beispiel Ionisator, Pollimed 100)
- 9.4 Ionopront, PermoX-Sauerstofferzeuger
- 10.1 (frei)
- 11.1 Katzenfell
- 11.2 Klingelleuchten, die nicht von Nummer 12.4 der Anlage 11 erfasst sind
- 11.3 Knickfußstrumpf
- 11.4 Knoche Natur-Bruch-Slip
- 11.5 Kolorimeter
- 11.6 Kommunikationssystem
- 11.7 Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
- 11.8 Krankenunterlagen, es sei denn,
  - a) sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitiden),
  - b) neben der Blasen- oder Darminkontinenz liegen so schwere Funktionsstörungen vor (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust), dass sonst der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitiden droht,
  - c) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht
- 11.9 Kreislaufgerät

- 12.1 Lagerungskissen/-stütze, ausgenommen Nummer 1.1 der Anlage 11
- 12.2 Language-Master
- 12.3 Luftreinigungsgeräte
- 13.1 Magnetfolie
- 13.2 Monophonator
- 13.3 Munddusche
- 14.1 Nackenheizkissen  
(Nagelspange wird aufgehoben 8.ÄV)
- 15.1 Öldispersionsapparat
- 16.1 Pulsfrequenzmesser
- 17.1 (frei)
- 18.1 Rotlichtlampe
- 18.2 Rückentrainer
- 19.1 Salbenpinsel
- 19.2 Schlaftherapiegerät
- 19.3 Schuhe, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
- 19.4 Spezialsitze
- 19.5 Spirometer
- 19.6 Spranzbruchband
- 19.7 Sprossenwand
- 19.8 Sterilisator
- 19.9 Stimmübungssystem für Kehlkopflose
- 19.10 Stockroller
- 19.11 Stockständer
- 19.12 Stufenbett
- 19.13 SUNTRONIC-System (AS 43)
- 20.1 Taktellgerät
- 20.2 Tamponapplikator
- 20.3 Tandem für Behinderte
- 20.4 Telefonverstärker
- 20.5 Telefonhalter
- 20.6 Therapeutische Wärme-/Kältesegmente
- 20.7 Treppenlift, Monolift, Plattformlift
- 21.1 Übungsmatte
- 21.2 Ultraschalltherapiegeräte
- 21.3 Urin-Prüfgerät
- 22.1 Venenkissen
- 23.1 Waage
- 23.2 Wandstandgerät
- 23.3 WC-Sitz
- 24.1 (frei)

25.1 (frei)

26.1 Zahnpflegemittel

26.2 Zweirad für Behinderte

[→ nach oben](#)

**Anlage 13**

(zu § 41 Abs. 1)

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

- 1 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
  - 1.1 Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz
  - 1.2 Früherkennungsuntersuchungen
    - 1.2.1 U 10 bei Personen, die das siebte, aber noch nicht das neunte Lebensjahr vollendet haben
    - 1.2.2 U 11 bei Personen, die das neunte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben
    - 1.2.3 J 2 bei Personen, die das 16., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet
    - 1.2.4 Einmaliges Screening auf Bauchaortenaneurysmen für männliche beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben
- 2 Schutzimpfungen
  - 2.1 Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME-)Schutzimpfungen ohne Einschränkungen
  - 2.2 Gripeschutzimpfungen ohne Einschränkungen
  - 2.3 Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) für Mädchen, die das neunte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben

[→ nach oben](#)

[→ nach oben](#)

## **Anlage 14**

(zu § 41 Absatz 3)

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

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

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

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

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

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

2. Genetische Analyse

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

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

3. Teilnahme an einem Strukturierten Früherkennungsprogramm

Aufwendungen für die Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm sind einmal jährlich in Höhe von pauschal 580 Euro beihilfefähig.

4. **Im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossene universitäre Zentren**

- a) Berlin  
Charité – Universitätszentrum Berlin, Brustzentrum
- b) Dresden  
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- c) Düsseldorf  
Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum
- d) Frankfurt  
Universitätsklinikum Frankfurt  
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- e) Göttingen  
Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
- f) Greifswald  
Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Greifswald
- g) Hamburg  
Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- h) Hannover  
Institut für Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover
- i) Heidelberg  
Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg
- j) Kiel  
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
- k) Köln  
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
- l) Leipzig  
Institut für Humangenetik der Universität Leipzig Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs
- m) München  
Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München- Großhadern  
Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar
- n) Münster  
Institut für Humangenetik der Universität Münster
- o) Regensburg  
Institut für Humangenetik, Universität Regensburg
- p) Tübingen  
Universität Tübingen, Institut für Humangenetik



- q) Ulm  
Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm
- r) Würzburg  
Institut für Humangenetik der Universität Würzburg

[→ nach oben](#)

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

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

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

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

### **1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung**

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

### **2. Tumorgewebsdiagnostik**

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

### **3. Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)**

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

### **4. Kliniken des Deutschen HNPCC-Konsortiums**

- a. Bochum  
Ruhr-Universität Bochum  
Knappschaftskrankenhaus, Medizinische Universitätsklinik
- b. Bonn  
Institut für Humangenetik, Biomedizinisches Zentrum
- c. Dresden  
Abteilung Chirurgische Forschung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
- d. Düsseldorf  
Institut für Humangenetik und Anthropologie, Universitätsklinikum Düsseldorf
- e. Hannover  
Medizinische Hochschule
- f. Heidelberg  
Abteilung für Angewandte Tumorbiologie, Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg
- g. Köln  
Universitätsklinikum Köln
- h. Leipzig  
Universität Leipzig
- i. Lübeck  
Klinik für Chirurgie, Universität zu Lübeck und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
- j. München  
Medizinische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität Medizinisch-Genetisches Zentrum
- k. Münster  
Universitätsklinikum Münster
- l. Tübingen  
Universität Tübingen
- m. Ulm  
Universitätsklinikum Ulm
- n. Wuppertal  
HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal

[→ nach oben](#)

[→ nach oben](#)

**Anlage 15  
zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4)**

Abschnitt 1  
Heilbäder und Kurorte im Inland

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
<b>A</b>				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433	Aalen	Röthardt	Heilklimatischer Kurort
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schlossberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Ostseeheilbad
Ahrenshoop	18348	Ostseebad Ahrenshoop	G	Seebad
Aibling	83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773	Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
<b>B</b>				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Schönmünzschwarzenberg Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Balge	31609	Balge	B - Bad Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Ostseeheilbad
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410	Bayreuth	B - Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellenkurbetrieb
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bad Bederkesa	G	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	(Mineral-)Heilbad
Belzig	14806	Bad Belzig	Bad Belzig	Heilbad
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	(Mineral-) Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Berggießhübel	01819	Bad Gottleuba - Berggießhübel	Berggießhübel	Kneippkurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad u. heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck	Bad Berneck im Fichtelgebirge Frankenhammer, Kutschentrangen, Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470	Bernkastel-Kues	Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	(Jod- u. Sole-) Heilbad
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
<b>Binz</b>	<b>18609</b>	<b>Ostseebad Binz auf Rügen</b>	<b>G</b>	<b>Seebad</b>
Birnbach	84364	Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilquellenkurbetrieb

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Bischofsgrün	95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440	Blieskastel	Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389	Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Boltenhagen	23946	Ostseebad Boltenhagen	G	Ostseeheilbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-)Heilbad
Bramstedt	24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	(Moor-)Heilbad
Braunlage	38700	Braunlage	G mit Hohegeiß	Heilklimatischer Kurort
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückenaue	97769	Bad Brückenaue	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G - ausgenommen der Ortsteil Hasenholz	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor)
Büsum	25761	Büsum	Büsum	Nordseeheilbad
Burg	03096	Burg	Burg	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Burg / Fehmarn C	23769	Burg / Fehmarn	Burg	<b>Ostseeheilbad</b>
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal- Zellerfeld	38678	Clausthal- Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Colberg- Heldburg	98663	Bad Colberg- Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquel- len-Kurbetrieb
Cuxhaven D	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Ostseeheilbad
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Ostseeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582	Diez	Diez	Heilbad
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209	Bad Doberan	a) Bad Doberan b) Heiligendamm	(Moor-)Heilbad Seeheilbad
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	(Moor-)Heilbad
Dürkheim	65098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-)Heilbad, Heilklimatischer Kurort u. Kneipp- kurort
E				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Ort mit Heilquel- len-Kurbetrieb
Elster	04645	Bad Elster	Bad Elster, Sohl	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
Ems	56130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308	Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Endorf	83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
<b>F</b>				
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	(Moor-)Heilbad
Feldberger Seenlandschaft	17258	Feldberger Seenlandschaft	Feldberg	Kneippkurort
Finsterbergen	99898	Finsterbergen	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen / Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	G	(Sole-)Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Bad Freienwalde	(Moor-)Heilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
<b>Friedrichsroda</b>	<b>99894</b>	<b>Friedrichsroda</b>	<b>Friedrichsroda, Finsterbergen</b>	<b>Heilklimatischer Kurort</b>
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort
Füssing	94072	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd,	Heilbad



Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
			Eggfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	
<b>G</b>				
Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Soleheilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467	Garmisch-Partenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Heilklimatischer Kurort u. Kneippkurort
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Ostseeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee-Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba	01816	Bad Gottleuba-Berggießübel	Bad Gottleuba	Kneippkurort u. (Moor-)Heilbad
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Ostseeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort u. Heilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Ostseeheilbad
Grönenbach	87728	Bad	Bad Grönenbach, Au, Brand-	Kneippheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
		Grönenbach	holz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhofen, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldegg b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Ostseeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilklimatischer Kurort und Heilstollenkurbetrieb
<b>H</b>				
Haffkrug-Scharbeutz	23683	Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Ostseeheilbad
Haigerloch	72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	(Sole-)Heilbad
Heilbrunn	83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilbad u. heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Ostseeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heilbad Heiligenstadt	G	(Sole-)Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Nordseeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	B	Heilquellen-Kurbetrieb
Heringsdorf	17424	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad u.

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	(Sole-)Heilbad Heilbad u. heil- klimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	(Mineral-)Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor)
Hindelang	87541	Bad Hindelang	Bad Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippheilbad u. heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort u. Kneipp- kurort
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen- Kurbetrieb
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Ostseeheilbad
Homburg	61348	Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	32805	Horn-Bad Mein- berg	Bad Meinberg	Heilbad
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippkurort
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippheilbad u. (Thermal-Sole-) Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Ostseeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G	Heilbad

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	G	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	93444	Bad Kötzting	Liebenstein, Matzelsdorf, Wettzell, Arndorf, Gehstorf, Haus, Traidersdorf und Weißenregen	Kneippkurort
Kohlgrub	82433	Bad Kohlgrub	G	(Moor-)Heilbad
Kreuth	83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	55543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381	Krumbach (Schwaben)	B - Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
<b>Kühlungsborn</b>	<b>18225</b>	<b>Ostseebad Kühlungsborn</b>	<b>G</b>	<b>Seebad</b>
<b>L</b>				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	(Sole-)Heilbad
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	(Schwefel-Sole-) Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	G	(Mineral-)Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	G	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf,	Ort mit

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
		Liebenwerda	Zeischa	Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad u. heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	<b>Bad Lobenstein</b>	<b>G</b>	(Moor-)Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
<b>M</b>				
Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort u. Kneippkurort
Marienberg	56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
Marktschellenberg	83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mölln	23879	Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münder	31848	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Eberburg	Bad Münster am Stein	(Mineral-)Heilbad und heilklimatischer Kurort

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
<b>N</b>				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B - Badehaus Maiersreuth Sybillenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75387	Neubulach	Neubulach	Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersie l	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	93333	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
<b>Neustadt/H</b>	<b>99762</b>	<b>Neustadt/Harz</b>	<b>G</b>	<b>Heilklimatischer Kurort</b>
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946	Norddorf / Amrum	Norddorf	Nordseeheilbad
Norden	26506	Norddeich / Westermarsch II	Norden	Nordseeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Nordseeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
<b>O</b>				
Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu,	(Schroth-)Heilbad u. heilklimatischer

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
			Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhaus- sen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
<b>P</b>				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Nordseeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal- Griesbach	77740	Bad Peterstal- Griesbach	G	Heilbad u. Kneipp- kurort
Porta Westfali- ca	32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
<b>Prerow</b>	<b>18375</b>	<b>Ostseebad Prerow</b>	<b>G</b>	<b>Seebad</b>
Preußisch Oldendorf	32361	Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209	Prien a. Chiem- see	G ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Ge- meindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
<b>R</b>				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	74906	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-)Heilbad

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	(Sole-)Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
<b>S</b>				
Saalfeld/Saale	07318	Saalfeld/Saale	G, ausgenommen Orteil Arnsgereuth	Ort mit Heilstollen-kurbetrieb
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	(Moor- u. Sole Heilbad)
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	(Moor- u. Sole-) Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	G	(Mineral- u. Sole-) Heilbad
Salzungen	32105	Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad u. Kneippkurort
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen, Dorf Allendorf	(Sole-)Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Heilklimatischer Kurort u. Kneippkurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	(Sole-)Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau	Kneippkurort



<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Ostseeheilbad
Scheidegg	88175	Scheidegg	G	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
Schieder	32816	Schieder-Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301	Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenbach	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömberg	75328	Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort u. Kneippkurort
Schönau	83471	Schönau a. Königsee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624	Schönebeck-Salzelmen	G	(Sole-)Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-)Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	(Jodsole- u. Moor-) Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Sellin	18586	Ostseebad Sellin	G	Seebad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B - Kurheim Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden-Salmünster	Bad Soden	(Mineral-)Heilbad
Soltau	29614	Soltau	Soltau	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Nordseeheilbad u. Schwefelbad
Staffelstein	96226	Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Heilkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	a) Berg b) Bad Cannstatt	Mineralbad Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Suderode	06507	Bad Suderode	G	(Calciumsole-) Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	Peloidkurbetrieb
Sulza	99518	Bad Sulza	G	(Sole-)Heilbad
T				
Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneippheilbad
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385	Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	(Thermalsole-)

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Heilbad Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Thiessow	18586	Ostseebad Thiessow	G	Seebad
Thyrnau	94136	Thyrnau	B - Sanatorium Kellberg	Mineralquellenkurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Ostseeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Heilklimatischer Kurort
Todtmoos	79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehem. Stadt Bad Tölz  b) Gebiet der ehem. Gemeinde Oberfischbach	(Moor-)Heilbad u. heilklimatischer Kurort  Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Ostseeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B - Altmühltherme / Lambertusbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
<b>U</b>				
Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
<b>V</b>				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen-Schwenningen	78050	Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor)
<b>W</b>				

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad u. Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486	Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelbetrieb (Heilquelle)
Waren	17192	Waren / Müritz	Waren / Müritz	(Sole-)Heilbad
Warmbad	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellenkurortbetrieb
<b>Warnemünde</b>	<b>18119</b>	<b>Hansestadt Rostock</b>	<b>G</b>	<b>Seebad</b>
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996	Wenningstedt / Sylt	Wenningstedt	Nordseeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Nordseeheilbad
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Upland)	a) K b) Usseln	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort u. Heilbad Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	(Thermal- u. Moor-)Heilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-)Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimer Mühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Wittdün / Amrum	25946	Wittdün / Amrum	Wittdün	Nordseeheilbad
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wünnenberg	33181	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
Wustrow	18347	Ostseebad Wustrow	G	Seebad
Wyk a. F. Z	25938	Wyk a. F.	Wyk	Nordseeheilbad
Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Ostseeheilbad
Zwesten	34596	Bad Zwesten	K	Heilbad u. Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	(Moor-)Heilbad

- \*) B = Einzelkurbetrieb  
 G = Gesamtes Gemeindegebiet  
 K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

[→ nach oben](#)

Heilbäder und Kurorte im Inland, die Ortsteile einer Gemeinschaft sind

**Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“ aufgeführt bei**

---

**A**

Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Alschbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Angering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach

**B**

Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Bernwies	Heilbrunn
Berg	Stuttgart
Birgsau	Oberstdorf
Blenhorst	Balge
Bockswiese	Goslar
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing



**Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“      aufgeführt bei**

---

Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
<b>G</b>	
Gailenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a. d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
Graben	Heilbrunn
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Groß	Hindelang
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
<b>H</b>	
Hahnenklee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg



**Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“      aufgeführt bei**

---

Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn
Hinterstein	Hindelang
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hohegeiß	Braunlage
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füssen
Hopfen am Berg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenberg
<b>I</b>	
Imnau	Haigerloch
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
<b>J</b>	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
<b>K</b>	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimer Mühle	Windsheim

**Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“      aufgeführt bei**

---

Klevers	Grönenbach
Kornhofen	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck

**L**

Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Liebenstein	Hindelang
Linden	Heilbrunn

**M**

Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenberg
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönberg
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn

**N**

Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand

**O**

**Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“      aufgeführt bei**

---

Oberbuchen	Heilbrunn
Oberdorf	Hindelang
Oberenzenau	Heilbrunn
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammenried	Wörishofen
Oberjoch	Hindelang
Obermühl	Heilbrunn
Oberreuthen	Füssing
Obersteinbach	Heilbrunn
Obertal	Baiersbronn
Ölmühle	Grönenbach
Oos	Baden-Baden
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
<b>P</b>	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing
Poinzaun	Füssing
<b>R</b>	
Rachental	Endorf
Ramsau	Heilbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grönenbach
Rechberg	Grönenbach
Reckenberg	Hindelang
Reichenbach	Waldbronn
Reindlschmiede	Heilbrunn
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing

**Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“      aufgeführt bei**

---

Riedle	Hindelang
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
<b>S</b>	
Safferstetten	Füssing
Saig	Lenzkirch
Salzhausen	Nidda
Salzig	Boppard
Sand	Emstal
Schieferöd	Füssing
Schillig	Wangerland
Schöchlöd	Füssing
Schönau	Heilbrunn
Schöneschach	Wörishofen
Schwand	Oberstdorf
Schwarzenberg-Schönmünzach	Baiersbronn
Schwenden	Grönenbach
Sebastiansweiler	Mössingen
Seebruch	Vlotho
Seefeld	Grönenbach
Senkelteich	Vlotho
Sohl	Elster
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf

**Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“    aufgeführt bei**

---

**T**

Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl

**U**

Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterjoch	Hindelang
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen

**V**

Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing
Vorderhindelang	Hindelang

**W**

Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim
Waren / Müritz	Waren
Warmbad	Wolkenstein
Warmeleithen	Berneck
Weghof	Griesbach

**Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“      aufgeführt bei**

---

Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weihherweber	Heilbrunn
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wörnern	Heilbrunn
Würding	Füssing
<b>Z</b>	
Zeitlofs	Brückenua
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnheim	Marienberg
Zwicklarn	Füssing

**Abschnitt 3**

**Heilbäder- und Kurorterverzeichnis EU-Ausland**

a) Frankreich

aa) Aix-les-Bains

bb) Amélie-les-Bains-Palada cc) Cambo-  
les-Bains

dd) La Roche-Posay

b) Italien

aa) Abano Terme bb)  
Galzignano

dd) Meran

ee) Ischia

- ff) Montegrotto
- gg) ff)Montepulciano
- c) Kroatien Cres
- d) Österreich
  - aa) Bad Gastein
  - bb) Bad Hall in Tirol cc) Bad Hofgastein dd) Bad Schönau
  - ee) Bad Traunstein
  - ff) Oberlaa
- e) Polen
  - aa) Bad Flinsberg / Swieradow Zdroy
  - bb) Kolberg / Kolobrzeg
  - cc) Swinemünde / Świnoujście
  - dd) Ustroń
- f) Rumänien
  - Bad Felix / Băile Felix
- g) Slowakei
  - aa) Dudince
  - bb) Piešťany
  - cc) Turčianske Teplice
- h) Tschechien
  - aa) Bad Bělohrad / Lázně Bělohrad
  - bb) Bad Joachimsthal / Jáchymov
  - cc) Bad Luhatschowitz / Luhačovice
  - dd) Bad Teplitz / Lázně Teplice v Čechách
  - ee) Franzenbad / Františkovy Lázně
  - ff) Freiwaldau / Lázně Jeseník
  - gg) Johannsbad / Janské Lázně
  - hh) Karlsbad / Karlovy Vary
  - ii) Konstantinsbad / Konstantinovy Lázně
  - jj) Marienbad / Mariánské Lázně
- i) Ungarn
  - aa) Bad Hévíz
  - bb) Bad Zalakaros
  - cc) Bük
  - dd) Hajdúszoboszló
  - ee) Komárom
  - ff) Sárvár

- 320

Abschnitt 4.

Heilbäder- und Kurorte Nicht-EU-Ausland

- a) Ein Boqeq
- b) Sweimeh

[→ nach oben](#)





	Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.
b) Stehen der behandelten Person andere Krankenfürsorgeleistungen (mit Ausnahme der beihilfekonformen privaten Krankenversicherung) zu, z. B. Heilfürsorge oder Krankenhilfe nach Bundesversorgung-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfer-Gesetz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c) Bei Direktabrechnung beleg- oder wahlärztlicher Leistungen: Wird die Behandlung durch einen nahen Angehörigen (§ 8 Absatz 1 Nummer 7 BBhV) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
d) Erfolgt die Behandlung anlässlich eines Unfalls?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:**

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder der bevollmächtigten Person

(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

**Erklärungen der behandelten volljährigen Person:**

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

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

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

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

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

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

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

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

Verlegung von einem anderen Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Handelt es sich um eine Wiederaufnahme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Behandlung durch einen Belegarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------	---

Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Die Vereinbarung bitte gegebenenfalls beifügen.</b>	

Hat eine vorstationäre Behandlung stattgefunden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Findet (voraussichtlich) eine nachstationäre Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

---

Ansprechpartner und Rufnummer bei Rückfragen:

Datum, Unterschrift, Stempel

[→ nach oben](#)

[→ nach oben](#)

[→ Stichwortverzeichnis](#)  
[→ zur Beihilfeverordnung \(BBhV\)](#)

## **Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhVVwV)**

**Vom 26. Juni 2017**

Nach § 145 Absatz 2 des Bundesbeamtengesetzes erlässt das Bundesministerium des Innern folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift:

### ***Inhaltsübersicht***

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

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

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

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

- [zu § 12     Ärztliche Leistungen](#)

zu § 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

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

## **Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen**

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

## **Abschnitt 3 Rehabilitation**

- [zu § 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen](#)
- [zu § 35 Rehabilitationsmaßnahmen](#)
- [zu § 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen](#)

### **Kapitel 3** **Aufwendungen in Pflegefällen**

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

### **Kapitel 4** **Aufwendungen in anderen Fällen**

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

### **Kapitel 5** **Umfang der Beihilfe**

- [zu § 46 Bemessung der Beihilfe](#)
- [zu § 47 Abweichender Bemessungssatz](#)
- [zu § 48 Begrenzung der Beihilfe](#)
- [zu § 49 Eigenbehalte](#)
- [zu § 50 Belastungsgrenzen](#)



## Kapitel 6 Verfahren und Zuständigkeit

- [zu § 51 Bewilligungsverfahren](#)
- [zu § 52 Zuordnung der Aufwendungen](#)
- [zu § 53 \(weggefallen\)](#)
- [zu § 54 Antragsfrist](#)
- [zu § 55 Geheimhaltungspflicht](#)
- [zu § 56 Festsetzungsstellen](#)
- [zu § 57 \(weggefallen\)](#)

## Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften

- [zu § 58 Übergangsvorschriften](#)
- [zu § 59 \(unbesetzt\)](#)  
Inkrafttreten, Außerkrafttreten

[→ zur Beihilfeverordnung \(BBhV\)](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften

### Zu § 1 – Regelungszweck

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

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

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

### **2.1 Zu Absatz 1**

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

### **2.2 Zu Absatz 2**

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

### **2.3 Zu Absatz 3**

- 2.3.1 <sup>1</sup>Nach § 27 Absatz 1 AbgG erhalten Mitglieder des Deutschen Bundestages und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger nach dem AbgG einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). <sup>2</sup>Unter den in § 27 Absatz 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.
- 2.3.2 Soweit Mitglieder des Deutschen Bundestages, die zugleich Mitglieder der Bundesregierung oder Parlamentarische Staatssekretärinnen oder Parlamentarische Staatssekretäre sind, sich für den Zuschuss nach § 27 Absatz 1 AbgG entscheiden, wird dieser von dem jeweils zuständigen Bundesministerium für den Deutschen Bundestag festgesetzt und gezahlt.

### **2.4 Zu Absatz 4 (unbesetzt)**

2.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

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

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

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

### **4.1 Zu Absatz 1**

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

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

### **4.2 Zu Absatz 2**

4.2.1 <sup>1</sup>Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. <sup>2</sup>Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die der beihilfeberechtigten Person kein Familienzuschlag zusteht (Kinder von Beamtinnen und Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, Kinder beihilfeberechtigter Personen, die sich in Elternzeit befinden) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.

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

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

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 5 – Konkurrenzen**

### **5.1 Zu Absatz 1**

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

### **5.2 Zu Absatz 2**

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

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

### **5.3 Zu Absatz 3**

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

5.3.2 <sup>1</sup>Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Person ist ausgeschlossen. <sup>2</sup>Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

5.3.3 <sup>1</sup>Wird ein tarifvertraglicher Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen, der teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1 zusteht, entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gekürzt, besteht ein ergänzender Anspruch auf Beihilfe über die beamtete beihilfeberechtigte Person. <sup>2</sup>Die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen müssen erfüllt sein (vgl. § 4 Absatz 1). <sup>3</sup>Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund Tarifvertrags zustehende Beihilfe abzuziehen (§ 9 Absatz 1). <sup>4</sup>Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Vo-

raussetzung des Kapitels 3 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch der beamteten beihilfeberechtigten Person.

5.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

5.5 **Zu Absatz 5**

Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen mit unterschiedlichen Dienstherrn (z. B. Bund – Land; Bund – Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung auf dem Formblatt nach [Anhang 1](#) zu übersenden.

[→ nach oben](#)



[←zurück](#)

## Zu § 6 – Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

### 6.1 Zu Absatz 1

- 6.1.1 <sup>1</sup>Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Beschluss vom 30. September 2011 – 2 B 66.11 –) sind krankheitsbedingte Aufwendungen notwendig, wenn die Leistung medizinisch notwendig ist. <sup>2</sup>Insoweit gilt § 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Notwendigkeit einer Krankenbehandlung) entsprechend. <sup>3</sup>Folglich sind Leistungen lediglich auf Verlangen, wie z. B. medizinisch-ästhetische Leistungen (so genannte Schönheitsoperationen) nicht notwendig, weil kein therapiebedürftiger krankheitswerter Zustand vorliegt. <sup>4</sup>So ist z. B. die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Brustneorekonstruktion bei angeborener Brustanomalie (OVG Koblenz, Beschluss vom 26. Mai 2015 – 2 A 10335/15.OVG –), eine Beinverlängerung bei Kleinwuchs (OVG Münster, Urteil vom 24. Januar 2011 – 1 A 527/08 –) oder einen chirurgischen Eingriff bei Ohrfehlstellungen (OVG Hamburg, Beschluss vom 18. Februar 2009 – 1 Bf 108/08.Z –) regelmäßig zu verneinen. <sup>5</sup>Unerheblich ist, ob das subjektive Empfinden des Betroffenen, sein körperlicher Zustand sei unzulänglich, psychische Störungen hervorruft. <sup>6</sup>Bei psychischen Störungen beschränkt sich die notwendige Krankenbehandlung auf eine psychotherapeutische Behandlung (§§ 18 bis 21). <sup>7</sup>Ein operativer Eingriff in den gesunden Körper, durch den einer psychischen Erkrankung entgegengewirkt werden soll, ist auch dann nicht beihilfefähig, wenn keine andere Möglichkeit der ärztlichen Hilfe besteht, weil eine psychotherapeutische Behandlung abgelehnt wird und damit keinen Erfolg verspricht (BVerwG, Beschluss vom 30. September 2011 – 2 B 66/11 – unter Hinweis darauf, dass
- generell zweifelhaft sei, ob körperliche Eingriffe zur Überwindung einer psychischen Krankheit geeignet seien,
  - nach einem solchen Eingriff eine Symptomverschiebung zu besorgen sei und ansonsten Schönheitsoperationen auf Kosten der Allgemeinheit durchgeführt würden).

- 6.1.2 Aufwendungen nach Satz 2 umfassen neben Aufwendungen für Leistungen nach § 13 auch solche, bei denen die Leistung nicht von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht worden ist, weil das medizinische Fachpersonal nicht in der Lage ist, die Leistung selbst zu erbringen, diese aber dringend medizinisch geboten ist (z. B. Spezialuntersuchungen in wissenschaftlichen Instituten).

### 6.2 Zu Absatz 2

- <sup>1</sup>Im Regelfall sind von der GKV anerkannte neue Behandlungsmethoden beihilfefähig. <sup>2</sup>Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein ärztliches Gutachten bestätigt, ist vor einer beihilferechtlichen Anerkennung der die Fachaufsicht führenden Stelle zu berichten.

### 6.3 Zu Absatz 3

- 6.3.1 <sup>1</sup>Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zu Grunde zu legen sind. <sup>2</sup>Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. <sup>3</sup>Der in der GOÄ und der GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten. <sup>4</sup>Liquidationen, die neben der Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen nach der GOÄ in Übereinstimmung mit der aktuellen Rechtslage auch die entsprechende Umsatzsteuer ausweisen, sind in vollem Umfang, das heißt einschließlich der Umsatzsteuer, beihilfefähig, z. B. bei der Abrechnung von Leistungen selbständig tätiger Beleg- oder Laborärztinnen und -ärzte.
- 6.3.2 <sup>1</sup>Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen sind die Gebühren nach der GOÄ oder GOZ auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt oder in deren oder dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit die Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung vorgeschrieben ist. <sup>2</sup>Als andere öffentliche Gebührenordnungen gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. <sup>3</sup>Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen Benutzer verbindlich sind. <sup>4</sup>Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden. <sup>5</sup>Abrechnungen nach dem „Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif“ sind ebenso anzuerkennen.
- 6.3.3 <sup>1</sup>Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G der Anlage zur GOÄ aufgeführt sind (§ 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). <sup>2</sup>Dabei handelt es sich um die Leistungen nach folgenden Nummern der Anlage zur GOÄ:
- Abschnitt B der Anlage: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95;
  - Abschnitt G der Anlage: 808, 835, 845, 846, 847, 849, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.

<sup>3</sup>Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach den Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der Anlage zur GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren. <sup>4</sup>Sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der Anlage zur GOÄ beihilfefähig.

6.3.4 <sup>1</sup>Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Absatz 2 Satz 4, Absatz 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Absatz 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, kann sie nach Absatz 3 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Absatz 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Absatz 3 Satz 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. <sup>2</sup>Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war,
- einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Absatz 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z. B. Nummer 2382 der Anlage zur GOÄ und Nummer 6050 der Anlage 1 zur GOZ).

<sup>3</sup>Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. Mai 1996 – 2 C 10.95 – ist ein Überschreiten dann gerechtfertigt, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen. <sup>4</sup>Die Besonderheiten müssen „gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle“ auftreten. <sup>5</sup>Die Besonderheiten eines angewendeten Verfahrens können mithin alleine nicht eine Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen (siehe auch OVG Lüneburg, Urteil vom 13. November 2012 – 5 LC 222/11 –).

6.3.5 <sup>1</sup>Nach § 12 Absatz 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Absatz 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. <sup>2</sup>Bestehen bei der Festsetzungsstelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die Antragstellerin oder den Antragsteller bitten, die Begründung durch die Ärztin, den Arzt, die Zahnärztin oder den Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person veranlasst worden ist. <sup>3</sup>Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung der beihilfeberechtigten Person eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer oder Zahnärztekammer oder einer medizinischen oder zahnmedizinischen Gutachterin oder eines medizinischen oder zahnmedizinischen Gutachters einzuholen. <sup>4</sup>Die beihilfeberechtigte Person ist nach § 51 Absatz 1 Satz 2 zur

Mitwirkung verpflichtet.<sup>5</sup> Wird das Einverständnis nicht erteilt, ist Nummer 51.1.7 zu beachten.

6.3.6 <sup>1</sup>Nach § 2 Absatz 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). <sup>2</sup>Eine Abdingung der GOÄ/GOZ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig. <sup>3</sup>Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 Absatz 1 GOÄ/GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinne der Beihilfavorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Absatz 1 und 3 GOÄ, § 5 Absatz 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend den Nummern 6.3.4 und 6.3.5 gerechtfertigt. <sup>4</sup>Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der die Fachaufsicht führenden Stelle im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern (BMI) zugelassen werden.

6.3.7 Ist die beihilfeberechtigte Person zivilgerichtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Ärztin oder eines Arztes verurteilt, ist die Vergütung regelmäßig als angemessen im Sinne des Beihilferechts anzuerkennen (vgl. BVerwG, Urteil vom 25. November 2004 – 2 C 30.03 –).

6.3.8 <sup>1</sup>Rechnungen, die auf Grund von Vereinbarungen, Verträgen zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Krankenkassen nach dem SGB V, Unternehmen der privater Krankenversicherungen oder Beihilfetragern erstellt worden sind, bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. <sup>2</sup>Die Pauschalbeträge können als beihilfefähig anerkannt werden. <sup>3</sup>Dabei ist ausreichend, wenn in der Rechnung auf die Vereinbarung oder den Vertrag verwiesen wird. <sup>4</sup>Sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung unterschiedliche Tarifvereinbarungen mit den Leistungserbringern abgeschlossen haben, gilt dies nur für den Bereich des Grundtarifs, der im Regelfall bereits die Unterbringung im Zweibettzimmer umfasst. <sup>5</sup>Ausgewiesene Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot umfassen, beinhalten insoweit Leistungen, die nicht notwendig und wirtschaftlich angemessen sind. <sup>6</sup>Sie sind nur bis zur Höhe der Grundtarife beihilfefähig.

6.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

6.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

6.6 **Zu Absatz 6**

<sup>1</sup>Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es, auch dann eine angemessene Beihilfe zu gewähren, wenn

1. im konkreten Einzelfall Aufwendungen entstanden sind, für die nach den Regelungen der BBhV eine Beihilfe nicht oder nicht im vollen Umfang gewährt werden kann,
2. die Aufwendungen der Zweckbestimmung der Beihilfe unterfallen und
3. die Versagung der Beihilfe eine besondere Härte bedeuten würde.

<sup>2</sup>Eine besondere Härte liegt insbesondere dann vor, wenn

1. eine angemessene Selbstvorsorge nicht gewährleistet werden konnte,
2. eine unverschuldete Notlage vorliegt, in der die Belastung mit Krankheits- oder Pflegekosten den amtsangemessenen Unterhalt der beihilfeberechtigten Person und ihrer Familie gefährdet oder
3. durch die Anwendung der BBhV die betroffene Person in ihrer spezifischen Situation besonders hart getroffen ist.

<sup>3</sup>Ein besonderer Härtefall wird nicht bereits dann anzunehmen sein, wenn keine der besonderen Härtefallregelungen (z. B. § 39 Absatz 2, § 47 oder § 50 BBhV) einschlägig ist.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

**Zu § 7 – Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch  
(unbesetzt)**

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 8 – Ausschluss der Beihilfefähigkeit**

### **8.1 Zu Absatz 1**

<sup>1</sup>Der Ausschluss nach Nummer 7 gilt auch im Falle der Behandlung durch eine angestellte Person in der Einzelpraxis einer in der Nummer 7 genannten Person. <sup>2</sup>Allerdings ist der Beihilfeanspruch nicht ausgeschlossen, wenn durch eine Person behandelt wird, die mit einer der in Nummer 7 genannten Personen eine Gemeinschaftspraxis betreibt und nicht zu diesem Personenkreis gehört. <sup>3</sup>Gleiches gilt, wenn eine in Nummer 7 genannte Person in einer Praxis angestellt ist. <sup>4</sup>Der Ausschluss besteht nur bei Heilmaßnahmen, insbesondere bei ärztlichen Leistungen oder Heilmitteln. <sup>5</sup>Auch Untersuchungen wie solche zur Vorsorge oder Diagnostik sind den Heilmaßnahmen in diesem Sinne zuzuordnen. <sup>6</sup>Nicht ausgeschlossen sind beispielsweise Pflegeleistungen oder Leistungen der Familien- und Haushaltshilfe von Angehörigen. <sup>7</sup>Ebenfalls besteht kein Ausschluss in den Fällen des § 45 Absatz 1 (Erste Hilfe). <sup>8</sup>Konnte die erforderliche medizinische Behandlung nur in der Praxis des nahen Angehörigen durchgeführt werden oder war es der behandelten Person aus tatsächlichen Gründen nicht möglich oder zumutbar, eine andere Praxis aufzusuchen, und übersteigt der Umfang der Behandlung deutlich das Maß dessen, was üblicherweise noch unentgeltlich geleistet wird, ist die Beihilfefähigkeit ebenfalls nicht ausgeschlossen (vgl. hierzu BVerwG, Urteil vom 29. September 2011 – 2 C 80.10 –). <sup>9</sup>Das kann etwa in Betracht kommen, wenn die Behandlung durch den nahen Angehörigen aus medizinischen Gründen geboten ist, weil dieser zu den wenigen Spezialisten gehört, die die in Frage kommende Behandlung überhaupt durchführen können.

### **8.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Nach § 76 BBG gehen gesetzliche Schadensersatzansprüche infolge Körperverletzung oder Tötung insoweit auf den Dienstherrn über, als er dienstrechtlich zu Leistungen verpflichtet ist, also auch bis zur Höhe des Beihilfeanspruchs zu beihilfefähigen Aufwendungen infolge der Schädigung. <sup>2</sup>Der Anspruchsübergang unterbleibt bei Schadensersatzansprüchen, die sich gegen einen mit der oder dem Verletzten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen richten. <sup>3</sup>Da es sich um einen gesetzlichen Forderungsübergang handelt, bedarf es für seine Wirksamkeit keiner Abtretung oder anderen Rechtshandlung. <sup>4</sup>Der Übergang erfolgt kraft Gesetzes und grundsätzlich im Zeitpunkt des Schadensereignisses. <sup>5</sup>Soweit der Anspruch auf den Dienstherrn übergegangen ist, kann der Verletzte nicht mehr, z. B. durch Vergleich, darüber verfügen. <sup>6</sup>Bei vertraglichen Schadensersatzansprüchen, insbesondere aus einem Behandlungsvertrag mit der Ärztin oder dem Arzt, ergibt sich der gesetzliche Forderungsübergang aus den parallel bestehenden gesetzlichen Schadensersatzansprüchen. <sup>7</sup>Soweit Schadensersatzansprüche ausnahmsweise nicht nach § 76 BBG erfasst werden und nicht auf den Dienstherrn übergehen, sind Aufwendungen in dem Umfang nicht beihilfefähig, wie der beihilfeberechtigten Person ein Ersatzanspruch gegen Dritte zusteht.

<sup>8</sup>Ein Anspruch auf Krankenhilfe gegenüber dem Jugendamt nach § 40 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) ist gegenüber der Beihilfe nachrangig (§ 10 Absatz 1 SGB VIII; VG Berlin, Urteil vom 21. August 2008 – 36 A 185.06 –) und deshalb nicht als Ersatzanspruch nach § 8 Absatz 2 von den Aufwendungen abzuziehen.

### 8.3 Zu Absatz 3

8.3.1 <sup>1</sup>Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen oder Kostenanteile sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der GKV keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. <sup>2</sup>Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. <sup>3</sup>Von der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund von § 130 Absatz 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. <sup>4</sup>Bei den nicht durch Zuschüsse der Krankenversicherung gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen oder Kostenanteile.

8.3.2 <sup>1</sup>Nach § 53 Absatz 1 SGB V (Wahltarife) können die Krankenkassen bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). <sup>2</sup>Soweit Selbstbehalte von der Krankenkasse angerechnet werden, sind sie nicht beihilfefähig.

### 8.4 Zu Absatz 4

8.4.1 <sup>1</sup>Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel, die nach Vorlage der Krankenversicherungskarte bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer verabreicht werden, sowie kieferorthopädische Behandlung) einer Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). <sup>2</sup>Bei Ansprüchen nach dem BVG sind nur die nach § 10 Absatz 1 BVG zustehenden Leistungen von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. <sup>3</sup>Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 9 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

8.4.2 Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249a SGB V).

8.4.3 <sup>1</sup>Da nach Satz 3 Nummer 1 bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Festbeträge können festgesetzt werden für

- Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
- Hilfsmittel (§ 36 SGB V).



<sup>3</sup>Als Festbeträge gelten auch

- die Vertragssätze nach § 33 Absatz 2 Satz 2 SGB V (Sehhilfen),
- der Zuschuss nach § 33 Absatz 3 Satz 3 SGB V (Zuschuss zu den Kosten medizinisch nicht zwingend erforderlicher Kontaktlinsen in Höhe des Betrags, der für eine erforderliche Brille aufzuwenden wäre),
- der Zuschuss nach § 33 Absatz 4 Satz 1 SGB V (Sehhilfen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr) sowie
- der Festbetrag nach § 133 Absatz 2 SGB V (Beschränkung des Entgeltes für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen auf Festbeträge in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen).

8.4.4 <sup>1</sup>Satz 3 Nummer 2 erfasst die Fälle, in denen sich die oder der gesetzlich Pflichtversicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z. B. privatärztliche Behandlung durch eine Kassenärztin oder einen Kassenarzt). <sup>2</sup>Wäre im Falle der Vorlage der Krankenversicherungskarte oder eines Überweisungsscheines eine Sachleistung verabreicht worden, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. <sup>3</sup>Gehört die behandelnde Person, die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Personenkreis, ist § 9 Absatz 3 anzuwenden.

8.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 9 – Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen**

### **9.1 Zu Absatz 1**

9.1.1 <sup>1</sup>Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z. B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. <sup>2</sup>Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche nach dem BVG, und zwar auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen der oder des Leistungsberechtigten oder ihrer oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.

9.1.2 Satz 1 gilt nicht für solche Leistungen, die von den Krankenversicherungssystemen zwischen- und überstaatlicher Einrichtungen auf Grund einer freiwilligen Vereinbarung, z. B. an ehemalige NATO-Bedienstete als Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfänger gewährt werden.

9.1.3 <sup>1</sup>Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615a in Verbindung mit § 1610 Absatz 2 BGB). <sup>2</sup>Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 9 Absatz 1 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. <sup>3</sup>Daher kann z. B. die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.

### **9.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Die GKV zahlt bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) einen befundbezogenen Festzuschuss in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Regelversorgung (§ 55 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V). <sup>2</sup>Unter den Voraussetzungen des § 55 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V erhöht sich der Festzuschuss um 20 und ggf. darüber hinaus um weitere 10 Prozent. <sup>3</sup>Dieser maximal zu erreichende Festzuschuss (entspricht 65 Prozent der jeweiligen Regelversorgung) wird immer, sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei Pflichtversicherten in der GKV, angerechnet, unabhängig davon, ob die GKV diesen auch gezahlt hat.

### **9.3 Zu Absatz 3**

9.3.1 Satz 1 ist auch bei ärztlicher Behandlung von in der GKV pflichtversicherten Personen durch einen Privatarzt anzuwenden.

9.3.2 Zu den Erstattungen und Sachleistungen der GKV aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nummer 3 gehören nicht Erstattungen und Sachleistungen der GKV, die von ihr auf Grund des BVG gewährt werden.

9.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 10 – Beihilfeanspruch**

### **10.1 Zu Absatz 1**

- 10.1.1 Der Beihilfeanspruch steht – auch für Aufwendungen seiner berücksichtigungsfähigen Personen – nur den selbst beihilfeberechtigten Personen und nicht den berücksichtigungsfähigen Personen zu.
- 10.1.2 Forderungsgläubiger (z. B. Ärzte) können die ihnen aus ihren Forderungen zustehenden Beträge pfänden, solange der konkrete Beihilfeanspruch durch Auszahlung der Beihilfe noch nicht erloschen ist (BGH, Beschluss vom 5. November 2004 – IXa ZB 17/04 –; LG Münster, Beschluss vom 21. Februar 1994 – 5 T 930/93 –).
- 10.1.3 Wegen der Unübertragbarkeit des Beihilfeanspruchs ist eine Aufrechnung gegen Beihilfeansprüche nicht zulässig (BVerwG, Urteil vom 10. April 1997 – 2 C 7/96 –; BGH, Beschluss vom 5. November 2004 – IXa ZB 17/04 –). Die Vererblichkeit des Beihilfeanspruchs ist nicht ausgeschlossen (BVerwG, Urteil vom 29. April 2010 – 2 C 77/08 –).

### **10.2 Zu Absatz 2**

- 10.2.1 <sup>1</sup>An die Antragsbefugnis bei Tod der beihilfeberechtigten Person stellt die BBhV keine formalen Anforderungen. <sup>2</sup>Im Regelfall ist von der Berechtigung der antragstellenden Person auszugehen. <sup>3</sup>Eine Nachprüfung der Berechtigung zur Antragstellung kann grundsätzlich unterbleiben.
- 10.2.2 Eine andere öffentliche Urkunde im Sinne der Nummer 3 ist z. B. ein öffentliches Testament (§ 2232 BGB) oder ein notariell beurkundeter Erbvertrag nebst Eröffnungsprotokoll.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## Zu § 11 – Aufwendungen im Ausland

### 11.1 Zu Absatz 1

- 11.1.1 <sup>1</sup>Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union entstandenen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. <sup>2</sup>Beihilfefähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenbeteiligungen sind zu beachten. <sup>3</sup>Bei privaten Krankenhäusern ist entsprechend § 26a zu verfahren, es sei denn, es handelt sich um eine Notfallversorgung.
- 11.1.2 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind am Tag der Festsetzung der Beihilfe umzurechnen. Dabei ist der EZB-Referenzkurs ([www.bankenverband.de/service/waehrungsrechner/](http://www.bankenverband.de/service/waehrungsrechner/)) zu Grunde zu legen, es sei denn, dass der bei der Begleichung der Rechnung angewandte Umrechnungskurs nachgewiesen wird.
- 11.1.3 <sup>1</sup>Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 1 000 Euro ist eine Übersetzung beizufügen. <sup>2</sup>Bis 1 000 Euro ist eine kurze Angabe der Antragstellerin oder des Antragstellers über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.
- 11.1.4 Befindet sich ein Heimdialysepatient aus privaten Gründen vorübergehend außerhalb der Europäischen Union, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.
- 11.1.5 <sup>1</sup>Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung einer Fachärztin oder eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. <sup>2</sup>Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung medizinisch indiziert ist. <sup>3</sup>Ist eine Krankenhausbehandlung in Davos notwendig, sind die Aufwendungen ohne Begrenzung des § 26a Absatz 1 beihilfefähig <sup>4</sup>Ausgeschlossene Aufwendungen und Eigenbeteiligungen sind zu beachten.
- 11.1.6 Aufwendungen für eine Behandlung wegen Neurodermitis oder Psoriasis in einem der in Anlage 15 Nummer 4 zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 aufgeführten Kurorte am Toten Meer sind im gleichen Umfang wie Aufwendungen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

## 11.2 **Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>In den in Satz 1 enumerativ aufgezählten Fällen ist keine Vergleichsberechnung durchzuführen. <sup>2</sup>Auch eine Begrenzung auf den beihilfefähigen Höchstbetrag nach § 26a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 erfolgt nicht, wenn es sich um eine Notfallversorgung handelt, die Kosten vor Antritt der Reise als beihilfefähig anerkannt worden sind oder in der Nähe der deutschen Grenze wohnende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in akuten Fällen ein Krankenhaus aufsuchen mussten. <sup>3</sup>Unter Notfallversorgung wird die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen einschließlich Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen verstanden. <sup>4</sup>Eine eventuelle Weiterbehandlung außerhalb der Notfallbehandlung ist mithin nicht beihilfefähig. <sup>5</sup>So wären beispielsweise bei einem Skiunfall mit einfachem Knochenbruch in der Schweiz die Rettungsdienste, die Fixierung des Beines usw. beihilfefähig. <sup>6</sup>Aufwendungen nach Wiederherstellung der Reisefähigkeit sind dagegen nicht mehr beihilfefähig, da ab diesem Zeitpunkt von der Zumutbarkeit einer eventuell erforderlichen Weiterbehandlung im Inland ausgegangen werden kann. <sup>7</sup>In Zweifelsfällen hat die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Nichttransportfähigkeit durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen (vgl. § 51 Absatz 1 Satz 2 und 3).

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

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

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

**Zu § 12 – Ärztliche Leistungen**

12.1 <sup>1</sup>Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. <sup>2</sup>Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden. <sup>3</sup>Der Antragstellerin oder dem Antragsteller ist Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben beizubringen.

12.2 (unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **Zu § 13 – Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern**

- 13.1 Dienstunfähigkeitsbescheinigungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nicht beihilfefähig (Umkehrschluss aus § 12 Satz 3 BBhV).
- 13.2 Nummer 12 gilt entsprechend.

[→ nach oben](#)



[←zurück](#)

**Zu § 14 – Zahnärztliche Leistungen**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 15 – Implantologische Leistungen**

### **15.1 Zu Absatz 1**

15.1.1 Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für den Austausch von Sekundärteilen gilt Absatz 1 entsprechend.

15.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für temporäre Implantate sind beihilfefähig, wenn diese medizinisch notwendig sind und die endgültige Versorgung als beihilfefähig anerkannt wird. <sup>2</sup>Ist die endgültige Versorgung mit Implantaten nicht beihilfefähig, so sind auch die Aufwendungen für temporäre Implantate nicht beihilfefähig.

15.1.3 Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sofern die beihilfeberechtigte Person nicht in geeigneter Weise, z. B. durch Beihilfebescheide und Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgebers glaubhaft machen kann (BVerwG, Urteil vom 28. Mai 2008 – 2 C 12.07 –).

15.1.4 Auf Grund der regelmäßig längeren Zeitspanne zwischen dem Einbringen der Implantate und dem Zustand eines zahnlosen Kiefers sollte die Gewährung der Beihilfe bis zum Nachweis des zahnlosen Ober- oder Unterkiefers unter Vorbehalt gestellt werden.

15.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

15.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 15a – Kieferorthopädische Leistungen**

### **15a.1 Zu Absatz 1**

15a.1.1 Nach den Abrechnungsbestimmungen des Gebührenverzeichnisses der GOZ umfassen die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 alle Leistungen zur Kieferumformung und Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Methoden oder den verwendeten Therapiegeräten.

15a.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 6200 und 6240 der Anlage zur GOZ setzen nicht unmittelbar eine kieferorthopädische Behandlung im Sinne dieser Verordnung voraus. <sup>2</sup>Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.

15a.1.3 Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer ggf. erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.

15a.1.4 Erfolgt die aktiven Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nummer 6210 oder Begleitleistungen nach den Nummern 6180 bis 6230 der Anlage zur GOZ medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.

15a.1.5 <sup>1</sup>Aufwendungen für die Invisalign-Methode als kieferorthopädische Behandlungsmethode sind beihilfefähig, soweit sie die Aufwendungen einer sonst medizinisch notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Zahnkorrekturbehandlung (z. B. Zahnspange, Brackets) nicht übersteigen. <sup>2</sup>Die Antragstellerin oder der Antragsteller hat einen Vergleichskostenvoranschlag einzureichen.

15a.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

15a.3 **Zu Absatz 3**

15a.3.1 Ein Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden auf Grund eines berufsbedingten Umzugs oder einer medizinischen Notwendigkeit liegt nicht in der Verantwortung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person.

15a.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

15a.5 **Zu Absatz 5**

(unbesetzt)

15a.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

**Zu § 15b – Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

**Zu § 16 – Auslagen, Material- und Laborkosten**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

**Zu § 17 – Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamten auf Widderruf**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 18 – Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung**

18.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

18.2 **Zu Absatz 2**

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten müssen zusätzlich zu dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter mit dem Formblatt 3 nach [Anhang 2](#) den erforderlichen Konsiliarbericht einer Ärztin oder eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes) einholen.

18.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)



[←zurück](#)

## **Zu § 18a – Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie**

18a.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

18a.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

18a.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person bereits eine Leistungszusage auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben. <sup>2</sup>Entspricht die Leistungszusage nicht dem beihilferechtlich möglichen Umfang oder ist sie ganz versagt worden, kann das beihilferechtliche Voranerkennungsverfahren daneben durchgeführt werden.

18a.4 **Zu Absatz 4**

18a.4.1 Die Liste der Gutachterinnen und Gutachter ist vertraulich und daher in dem passwortgeschützten Bereich auf der Internetseite des Bundesverwaltungsamts ([www.dienstleistungszentrum.de](http://www.dienstleistungszentrum.de)) unter der Rubrik „Dienstleistungen, Beihilfe, Gutachterliste“ hinterlegt.

18a.4.2 <sup>1</sup>Gutachterinnen oder Gutachter erstellen im Auftrag der Festsetzungsstelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewerten die Angaben der Ärztin, des Arztes, der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeutin oder Therapeut genannt); dabei sind die Formblätter 1 und 2 nach [Anhang 2](#) zu verwenden. <sup>2</sup>Die Einreichung der Unterlagen an die Gutachterin oder den Gutachter hat in pseudonymisierter Form zu erfolgen. <sup>3</sup>Die Festsetzungsstelle vergibt an die beihilfeberechtigte Person einen von ihr festgelegten Pseudonymisierungscode. <sup>4</sup>Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Pseudonymisierungscode zu verwenden.

18a.4.3 <sup>1</sup>Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 nach Anhang 2 ausgefüllt vorzulegen. <sup>2</sup>Außerdem hat die beihilfeberechtigte Person oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden

Therapeuten zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 nach Anhang 2 einen Bericht für die Gutachterin oder den Gutachter zu erstellen.

- 18a.4.4 Die Therapeutin oder der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 nach [Anhang 2](#) und ggf. das Formblatt 3 nach Anhang 2 in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person, der Patientin oder des Patienten.
- 18a.4.5 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 4 nach [Anhang 2](#) eine Gutachterin oder einen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 5 nach Anhang 2 und leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),
  - das ausgefüllte Formblatt 1 nach Anhang 2 (als Kopie),
  - das Formblatt 5 nach Anhang 2 in dreifacher Ausfertigung,
  - einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- 18a.4.6 <sup>1</sup>Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme auf dem Formblatt 5 nach Anhang 2 – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. <sup>2</sup>Diese leitet eine Ausfertigung an die Therapeutin oder den Therapeuten weiter. <sup>3</sup>Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 6 nach Anhang 2 oder deren Ablehnung.
- 18a.4.7 <sup>1</sup>Legt die beihilfeberechtigte Person gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. <sup>2</sup>Zu diesem Zweck hat die beihilfeberechtigte Person oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den "Erstbericht" an die Gutachterin oder den Gutachter auf dem Formblatt 2 nach Anhang 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle, der Gutachterin oder des Gutachters eingegangen werden sollte. <sup>3</sup>Die Therapeutin oder der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Obergutachterin oder den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person, der Patientin oder des Patienten. <sup>4</sup>Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters abgelehnt wurde, weil die Therapeutin oder der Therapeut die in Anlage 3 zur BBhV aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

18a.4.8 <sup>1</sup>Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle eine geeignete Obergutachterin oder einen geeigneten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens. <sup>2</sup>Die Festsetzungsstelle leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),
- Kopie des Psychotherapiegutachtens,
- einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

<sup>3</sup>Ist die oder der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachterin oder Gutachter gleichzeitig Obergutachterin oder Obergutachter, ist eine andere Obergutachterin oder ein anderer Obergutachter einzuschalten.

18a.4.9 Die Obergutachterin oder der Obergutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme hilft die Festsetzungsstelle dem Widerspruch ab (§ 72 Verwaltungsgerichtsordnung [VwGO]) oder der beihilfeberechtigten Person wird ein Widerspruchsbescheid erteilt (§ 73 Absatz 1 VwGO).

18a.4.10 <sup>1</sup>Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den von der Therapeutin oder dem Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht auf dem Formblatt 2 nach Anhang 2 mit einem Freiumschlag der Gutachterin oder dem Gutachter zu, welche oder welcher das Erstgutachten erstellt hat. <sup>2</sup>Dabei ist das Formblatt 5 nach Anhang 2 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. <sup>3</sup>Im Übrigen gelten die Nummern 18a.4.5 bis 18a.4.8 entsprechend.

18a.4.11 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachterinnen und Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachterinnen, Gutachtern, Obergutachterinnen oder Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.

18a.4.12 Die Festsetzungsstelle trägt die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von 82 Euro jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, sowie die Aufwendungen für die Abrechnung der Nummer 808 der Anlage zur GOÄ für die Einleitung des Gutachterverfahrens.

18a.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

18a.6 **Zu Absatz 6**  
(unbesetzt)

[←zurück](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 19 – Psychoanalytisch begründete Verfahren**

### **19.1 Zu Absatz 1**

<sup>1</sup>Ein „Krankheitsfall“ umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode. <sup>2</sup>Der Begriff des Krankheitsfalls ist daher enger als der des Behandlungsfalls im Sinne des SGB V.

### **19.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Im Gutachten ist anzugeben, ob und in welchem Umfang eine Einbeziehung von Bezugspersonen als notwendig angesehen wird. <sup>2</sup>Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten und bewilligt, so erhöht sich die Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen entsprechend.

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

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 20 – Verhaltenstherapie**

### **20.1 Zu Absatz 1**

Der Begriff des „Krankheitsfalls“ ist derselbe wie in § 19 Absatz 1 Satz 1 (Nummer 19.1).

### **20.2 Zu Absatz 2**

Nummer 19.2 gilt entsprechend.

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

### **20.4 Zu Absatz 4 (unbesetzt)**

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 21 – Psychosomatische Grundversorgung**

21.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

21.2 **Zu Absatz 2**

Der Begriff des „Krankheitsfalls“ ist derselbe wie in § 19 Absatz 1 Satz 1 (Nummer 19.1).

21.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Die ambulante psychosomatische Nachsorge ist keine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 19 bis 21 und bedarf daher keines Gutachterverfahrens. <sup>2</sup>Die Aufwendungen sind angemessen bis zur Höhe der Vergütung, die von den Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen

### Zu § 22 – Arznei- und Verbandmittel

#### 22.1 Zu Absatz 1

22.1.1 <sup>1</sup>Die Verordnung nach Absatz 1 muss grundsätzlich vor dem Kauf des Arznei- oder Verbandmittels erfolgen. <sup>2</sup>Eine Ausnahme ist nur zulässig, wenn auf Grund der Art der Erkrankung ein sofortiger Kauf medizinisch notwendig war. <sup>3</sup>Gewährte zuordnungsfähige Rabatte sind zu berücksichtigen.

22.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der Ärztin, des Arztes, der Zahnärztin oder des Zahnarztes erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

22.1.3 <sup>1</sup>Packungsgröße und Anzahl der Packungen der Arznei- und Verbandmittel ergeben sich aus der ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung. <sup>2</sup>Auch bei einer Abgabe zu unterschiedlichen Zeitpunkten bleiben die Aufwendungen beihilfefähig, solange die insgesamt verordnete Menge nicht überschritten wird.

#### 22.2 Zu Absatz 2

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Präparate für Notfallkontrazeptiva ist bei entsprechender ärztlicher Verordnung von Absatz 2 Nummer 6 umfasst.

#### 22.3 Zu Absatz 3

22.3.1 <sup>1</sup>Festbeträge werden nur für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel gebildet. <sup>2</sup>Insofern stehen den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen genügend andere Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbaren und gleichwertigen Wirkstoffen zur Verfügung.

22.3.2 <sup>1</sup>Grundlage für die Ermittlung des beihilfefähigen Festbetrags bildet die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 35 Absatz 8 SGB V aus den Arzneimittelgruppen zu erstellende und bekannt zu gebende Übersicht über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel, die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) veröffentlicht wird.

22.3.3 <sup>1</sup>Die Einschränkung der Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen über § 22 Absatz 3 BBhV ist eine reine Wirtschaftlichkeitsregelung. <sup>2</sup>Im Regelfall ist davon auszugehen, dass bei Verabreichung eines Wirkstoffs, der einer Festbetragsgruppe angehört, ein angemessenes und wirtschaftliches Portfolio an Arzneimitteln zur Verfügung steht. <sup>3</sup>Wenn aber aus medizinischen Gründen in seltenen Ausnahmefällen tatsächlich nur ein Arzneimittel außerhalb der Festbetragsgruppe in Frage kommt, ist Absatz 3 nicht anwendbar. <sup>4</sup>Dies kann insbesondere in Fällen zutreffen, in denen die aus der Festbetragsgruppe zur Verfügung stehenden Medikamente unverträglich sind. <sup>5</sup>Das ist insbesondere dann der Fall, wenn zum Festbetrag erhältliche Arzneimittel unerwünschte Nebenwirkungen verursachen, die über bloße Unannehmlichkeiten oder Befindlichkeitsstörungen hinausgehen und damit die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit erreichen. <sup>6</sup>Der Ausnahmefall ist durch eine ärztlich fundierte Stellungnahme der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes zu belegen. <sup>7</sup>Die übrigen Voraussetzungen zur Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln bleiben unberührt.

22.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

22.5 **Zu Absatz 5**

Ausnahmefälle für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zur enteralen Ernährung (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) liegen insbesondere vor bei:

- Ahornsirupkrankheit,
- Colitis ulcerosa,
- Kurzdarmsyndrom,
- Morbus Crohn,
- Mukoviszidose,
- Phenylketonurie,
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom),
- Tumorthapien (auch nach der Behandlung),
- postoperativer Nachsorge,
- angeborene Defekte im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
- angeborene Enzymdefekte, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
- AIDS-assoziierten Diarrhöen,
- Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- Niereninsuffizienz,
- multipler Nahrungsmittelallergie.



22.6 **Zu Absatz 6**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 23 – Heilmittel**

### **23.1 Zu Absatz 1**

- 23.1.1 <sup>1</sup>Die in Anlage 10 zur BBhV genannten Personen sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht. <sup>2</sup>Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Personen in ihrem Beruf erbringen. <sup>3</sup>Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagoginnen und Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrerinnen und -lehrern, Eutoniepädagoginnen und -pädagogen und Eutonitherapeutinnen und -therapeuten, Gymnastiklehrerinnen und -lehrern, Heilpädagoginnen und -pädagogen, Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, Maltherapeutinnen und -therapeuten, Montessoritherapeutinnen und -therapeuten, Musiktherapeutinnen und -therapeuten, Sonderschullehrerinnen und -lehrern sowie Sportlehrerinnen und -lehrern erbracht werden.
- 23.1.2 Zu den in Absatz 1 Satz 2 genannten vergleichbar qualifizierten Personen gehören staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen und Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157).
- 23.1.3 <sup>1</sup>Beihilfefähig sind grundsätzlich nur Aufwendungen für die Heilmittel nach Anlage 9 zur BBhV. <sup>2</sup>Wird ein anderes Heilmittel abgerechnet, ist zunächst zu klären, ob dieses Heilmittel einem der in Anlage 9 aufgeführten Heilmittel entspricht oder vergleichbar ist. <sup>3</sup>Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilmittel, die weder in Anlage 9 zur BBhV aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem BMI.
- 23.1.4 Behandlungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu, Akupressur und Ähnliches, gehören nicht zu den Heilmitteln der Anlage 9 zur BBhV.
- 23.1.5 <sup>1</sup>Bei den in Anlage 9 zur BBhV aufgeführten Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge. <sup>2</sup>Die bei den Höchstbeträgen vorgegebene Mindestbehandlungsdauer ist die Regelbehandlungszeit. <sup>3</sup>Bei einer durch die verordnende Ärztin, den verordnenden Arzt, der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer begründete Abweichung von der Mindestbehandlungszeit ist eine anteilige Kürzung oder Erhöhung des Höchstbetrages möglich.

23.1.6 Im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen für gesondert in Rechnung gestellte Heilmittel nach Maßgabe der Anlagen 9 und 10 zur BBhV beihilfefähig.

23.1.7 <sup>1</sup>Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen (z. B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und Einrichtungen nach Nummer 32.2.2), sind Aufwendungen für Heilmittel nur beihilfefähig, sofern sie durch eine in Anlage 10 zur BBhV genannte Person verabreicht werden und die in Anlage 9 zur BBhV genannten Höchstbeträge nicht überschritten sind. <sup>2</sup>Art und Umfang der verabreichten Heilmittel sind nachzuweisen. <sup>3</sup>Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilmittel oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig. <sup>4</sup>Wird an Stelle der Einzelleistungen ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig.

23.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[← zurück](#)

## **Zu § 24 – Komplextherapie und integrierte Versorgung**

### **24.1 Zu Absatz 1**

24.1.1 <sup>1</sup>Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und ggf. nichtärztliches Personal durchgeführt werden. <sup>2</sup>Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. <sup>3</sup>Zu den Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitustherapien (Pauschalabrechnung), ambulante kardiologische Therapien, Behandlung chronischer Wunden in Wundzentren, Diabetikerschulungen, Adipositaschulungen, Neurodermitisschulungen, sozialmedizinische Nachsorgeleistungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). <sup>4</sup>Keine Komplextherapien sind psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapien. <sup>5</sup>Deren Beihilfefähigkeit richtet sich nach den §§ 27 und 30.

24.1.2 Die angemessene Höhe entspricht der Höhe der Vergütung, die von den Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen zu tragen sind.

24.1.3 Sofern Komplextherapien im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungstherapien) erbracht werden, richtet sich die Beihilfefähigkeit nach den §§ 34 bis 36.

24.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

24.3 **Zu Absatz 3**

Maßgebend für die Anerkennung der Pauschalbeträge ist die auf der Rechnung vermerkte Vertragsgrundlage der Abrechnung für die durchgeführte Behandlung.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 25 – Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke**

### **25.1 Zu Absatz 1**

25.1.1 <sup>1</sup>Die Anlagen 11 und 12 enthalten Oberbegriffe, die mehrere Ausführungen erfassen können. <sup>2</sup>Angesichts der Vielzahl und der schnellen Entwicklung neuer Produkte ist ein vollständiges Verzeichnis aller Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke oder sogar aller Modelle und Modellvarianten weder möglich noch zweckmäßig. <sup>3</sup>Es muss daher in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Gegenstand unter einen der Oberbegriffe der Anlagen 11 oder 12 fällt.

25.1.2 <sup>1</sup>Das vom Finanzministerium Rheinland-Pfalz als Online-Datenbank geführte „Hilfsmittelverzeichnis“ ([www.fm.rlp.de/de/themen/verwaltung/finanziellesdienstrecht/beihilfe/hilfsmittelverzeichnis/](http://www.fm.rlp.de/de/themen/verwaltung/finanziellesdienstrecht/beihilfe/hilfsmittelverzeichnis/)) kann mit seinen Erläuterungen für die Praxis nützliche Erläuterungen zur Funktionsweise und einen Anhaltspunkt für die Subsumierung unter die Oberbegriffe der Anlagen 11 und 12 geben. <sup>2</sup>Die Festsetzungsstellen sind an Eintragungen im Hilfsmittelverzeichnis jedoch rechtlich nicht gebunden. <sup>3</sup>Maßgebliche Rechtsquelle für die Beihilfefestsetzung ist die BBhV.

25.1.3 <sup>1</sup>Im Regelfall ergibt sich die Erforderlichkeit aus der ärztlichen Verordnung und bedarf daher keiner näheren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. <sup>2</sup>Hat die Festsetzungsstelle jedoch Zweifel, ist sie nicht gehindert, zusätzliche Ermittlungen anzustellen, z. B. Anforderung einer näheren Begründung bei der behandelnden Ärztin, dem behandelnden Arzt oder Einholung eines fachärztlichen Gutachtens. <sup>3</sup>Das gilt insbesondere dann, wenn sie Anhaltspunkte dafür hat, dass ein gleichwertiger Erfolg auch mit einem preisgünstigeren Hilfsmittel erreicht werden kann. <sup>4</sup>Bestätigt sich das, sind die Mehrkosten für das aufwendigere Hilfsmittel nicht „erforderlich“ im Sinne von Absatz 1 Satz 1.

25.1.4 <sup>1</sup>Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände ein. <sup>2</sup>Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie der Körperersatzstücke sind ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

25.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

25.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Der Vergleich von Miete und Anschaffung sollte auf Grundlage des ärztlich verordneten zeitlichen Rahmens der Behandlung erfolgen. <sup>2</sup>Versorgungspauschalen für gemietete Hilfsmittel sind grundsätzlich als Teil der Miete anzusehen. <sup>3</sup>Soweit einzelne Positionen als nicht beihilfefähig erkennbar sind, sind diese in Abzug zu bringen.

25.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

25.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 26 – Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern**

- 26.1 Neben den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen sind auch die berechenbaren Zuschläge und Zusatzentgelte entsprechend dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) beihilfefähig (z. B. DRG-Systemzuschlag).
- 26.2 Die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses kann bis zur Höhe von 13 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes erforderlich ist.
- 26.3 <sup>1</sup>Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die Kosten des Zweibettzimmers der jeweiligen Abteilung als beihilfefähig anerkannt. <sup>2</sup>Gesondert berechenbare Komfortleistungen sind nicht beihilfefähig.
- 26.4 Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber einem Zweibettzimmer nicht beihilfefähig.
- 26.5 Wahlleistungen nach Nummer 5 sind gemäß § 17 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vor ihrer Erbringung schriftlich zu vereinbaren.
- 26.6 Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 26a – Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung**

### **26a.1 Zu Absatz 1**

26a.1.1 <sup>1</sup>Bei der Errechnung des beihilfefähigen Höchstbetrages ist jeweils auf den Behandlungsfall abzustellen. <sup>2</sup>Bei der Berechnung ist immer die Fallpauschale der Hauptabteilung zugrunde zu legen, unabhängig davon, ob es sich um eine belegärztliche Behandlung handelt. <sup>3</sup>Die tatsächliche Verweildauer in der Klinik ist unbeachtlich.

26a.1.2 Die von den Kliniken in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist grundsätzlich beihilfefähig und kann bis zum errechneten beihilfefähigen Höchstbetrag berücksichtigt werden.

26a.1.3 Für die Zuordnung des Behandlungsfalls nach Nummer 2 ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

26a.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

26a.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

26a.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

26a.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)



[←zurück](#)

## **Zu § 27 – Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit**

### **27.1 Zu Absatz 1**

- 27.1.1 Die ärztliche Verordnung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
- 27.1.2 Bei Prüfung des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts ist es ausreichend, wenn die Pflegedienstleister bestätigen, dass die abgerechneten Sätze ortsüblich sind und in dieser Höhe auch gegenüber der GKV abgerechnet werden.
- 27.1.3 <sup>1</sup>Andere geeignete Orte für eine häusliche Krankenpflege sind Orte, an denen sich die oder der zu Pflegenden regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. <sup>2</sup>Solche Orte können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.

### **27.2 Zu Absatz 2**

- 27.2.1 <sup>1</sup>Als Behandlungspflege gelten Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte oder Pflegekräfte delegiert werden können. <sup>2</sup>Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen, Beatmungspflege, Blasenspülung, Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Dekubitusbehandlung.
- 27.2.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für Behandlungspflege sind auch für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in stationären Pflegeeinrichtungen beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. <sup>2</sup>Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, z. B. bei erforderlicher Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht.
- 27.2.3 <sup>1</sup>Grundpflege umfasst die Grundverrichtungen des täglichen Lebens. <sup>2</sup>Dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
- 27.2.4 <sup>1</sup>Als hauswirtschaftliche Versorgung gelten Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind. <sup>2</sup>Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Be-

sorgung von Arzneimitteln, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Müllentsorgung, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.

27.2.5 Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro-tracheale Sekretabsaugung beim Waschen, Duschen oder Baden,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Darm- oder Blasenentleerung,
- Oro-tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf beim Aufstehen oder Zubettgehen,
- An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens,
- Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger).

27.2.6 Maßnahmen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege sind:

- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

27.2.7 Für denselben Zeitraum ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen, es sei denn, die Maßnahmen ergänzen ihre jeweils spezifische Zielsetzung.

27.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

27.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

27.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 28 – Familien- und Haushaltshilfe**

### **28.1 Zu Absatz 1**

28.1.1 Die Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 1 der außerhäuslichen Unterbringung ist auch dann als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.

28.1.2 <sup>1</sup>Als Inanspruchnahme einer nach dieser Verordnung beihilfefähigen Leistung zählt auch eine ärztlich bescheinigte, notwendige Begleitung eines Beihilfeberechtigten oder einer berücksichtigungsfähigen Person zu einer beihilfefähigen stationären Maßnahme. <sup>2</sup>Demnach sind Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe insbesondere dann als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die den Haushalt führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung der Amtsärztin, des Amtsarztes oder der von der Feststellungsstelle beauftragten Ärztin oder des beauftragten Arztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

28.1.3 <sup>1</sup>Die Voraussetzungen des Satzes 1 Nummer 3 sind auch dann nicht erfüllt, wenn eine Person, die unter Satz 1 Nummer 2 fällt, den Haushalt weiterführen kann. <sup>2</sup>Führt beispielsweise eine in Pflegegrad 2 eingestufte beihilfeberechtigte Person nach einer Heimunterbringung der haushaltführenden Person den Haushalt selbst über Jahre hinweg fort, handelt es sich nicht um einen Fall des Satzes 1 Nummer 3 und ein Anspruch scheidet aus.

28.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

28.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

28.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

28.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 29 – Familien- und Haushaltshilfe im Ausland**

### **29.1 Zu Absatz 1**

Für beihilfeberechtigte Personen nach § 3 bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Entgeltsätzen.

### **29.2 Zu Absatz 2** (unbesetzt)

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

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 30 – Soziotherapie**

<sup>1</sup>Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a SGB V in Verbindung mit der Soziotherapie-Richtlinie. <sup>2</sup>Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den geschlossenen Verträgen des § 132b SGB V i. V. m. § 6 Absatz 3 Satz 3.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 30a – Neuropsychologische Therapie**

### **30a.1 Zu Absatz 1**

Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiver) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit des oder der Hirngeschädigten oder Hirnerkrankten).

### **30a.2 Zu Absatz 2 (unbesetzt)**

### **30a.3 Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Eine Nummer für die Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Therapie ist im Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht enthalten. <sup>2</sup>Die Therapie kann daher nur in analoger Anwendung abgerechnet werden. <sup>3</sup>Hierfür kommen insbesondere die Nummern 849, 860, 870, 871 der Anlage zur GOÄ in Betracht. <sup>4</sup>Aufwendungen für eine Behandlungseinheit als Einzelbehandlung sind beihilfefähig bis zur Höhe des Betrages entsprechend der Nummer 870 der Anlage zur GOÄ.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 31 – Fahrtkosten**

### **31.1 Zu Absatz 1** (unbesetzt)

### **31.2 Zu Absatz 2**

31.2.1 <sup>1</sup>Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt mit der Verordnung der Beförderung. <sup>2</sup>Aufwendungen für die Hin- und Rückfahrt sind gesondert zu prüfen. <sup>3</sup>Dabei sind insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand und die Gehfähigkeit der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Neben den in Satz 2 Nummer 1 genannten Ausnahmefällen können auch bei einer nur vorübergehende Beeinträchtigung der Mobilität, sofern die Art der vorübergehenden Einschränkungen mit den Kriterien nach Satz 2 Nummer 1 vergleichbar sind, Fahrtkosten erstattet werden.

31.2.2 Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

31.2.3 Aufwendungen für Taxi-Wartekosten für medizinisch notwendige Fahrten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, es sei denn, dass das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt.

### **31.3 Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Die Ausnahmeregelung in Nummer 2 Satz 2 soll in den Ausnahmefällen, in denen eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht erfolgen kann, die Möglichkeit eröffnen, Fahrtkosten zu erstatten. <sup>2</sup>Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.

### **31.4 Zu Absatz 4**

Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können.

### **31.5 Zu Absatz 5** (unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 32 – Unterkunftskosten**

### **32.1 Zu Absatz 1**

Eine auswärtige Behandlung ist nur dann notwendig, wenn die Behandlung nicht oder nicht mit gleicher Erfolgsaussicht am Wohnort erfolgen kann.

### **32.2 Zu Absatz 2**

32.2.1 Absatz 2 setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung voraus.

32.2.2 <sup>1</sup>Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und Behinderten dienen, können insbesondere Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangsheime für Suchtkranke sein. <sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass die Unterbringung anlässlich der Anwendung von Heilmitteln nach § 23 erforderlich ist.

32.2.3 <sup>1</sup>Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für die Unterbrechungen durch Krankheit der oder des Behandelten erhoben werden, sind bis zu insgesamt 5,50 Euro täglich beihilfefähig. <sup>2</sup>Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person der behandelten Person liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.

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

[→ nach oben](#)



[← zurück](#)

### **Zu § 33 – Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten**

<sup>1</sup>Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn kann es in Ausnahmefällen erfordern, eine Beihilfe zu den Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach den jeweiligen Bemessungssätzen zu erstatten (BVerfG, Urteil vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98 –). <sup>2</sup>Diese Verpflichtung besteht konkret dann, wenn

- sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer bestimmten Krankheit noch nicht herausgebildet hat,
- ein allgemein anerkanntes Heilverfahren (z. B. wegen einer Kontraindikation) nicht angewendet werden darf oder
- ein solches bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist.

<sup>3</sup>Es ist somit nicht erforderlich, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit der Heilung, der Verlängerung der Lebensdauer oder der Verbesserung der Lebensqualität besteht.

<sup>4</sup>Eine reale Chance reicht aus. <sup>5</sup>Die Festsetzungsstelle kann dazu auf ihre Kosten eine ärztliche Stellungnahme einholen.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## Abschnitt 3 Rehabilitation

### **Zu § 34 – Anschlussheil- und Suchtbehandlungen**

#### **34.1 Zu Absatz 1**

34.1.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen im Ausland beurteilen sich nach § 34 in Verbindung mit § 11. <sup>2</sup>Vergleichbare Einschränkungen im Inland gelten sinngemäß. <sup>3</sup>Demnach sind beispielsweise Maßnahmen in Einrichtungen mit Hotelcharakter nicht beihilfefähig.

34.1.2 Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem der Anschlussrehabilitation.

34.1.3 <sup>1</sup>Eine Anschlussheilbehandlung schließt sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung, eine ambulante Operation, Strahlen- oder Chemotherapie an. <sup>2</sup>Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

#### **34.2 Zu Absatz 2**

34.2.1 Die Vorschrift sieht die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen sowohl für stationäre als auch für ambulante Maßnahmen vor.

34.2.2 Aufwendungen für die ambulante Nachsorge sind grundsätzlich angemessen, wenn sie nach einer Bestätigung der Einrichtung in gleicher Höhe auch von der GKV getragen werden.

34.2.3 Behandlungen der Nikotinsucht sind keine Suchtbehandlungen nach § 34 Absatz 2 BBhV.

#### **34.3 Zu Absatz 3**

34.3.1 Die Notwendigkeit einer Verlängerung der Maßnahme ist von der durchführenden Einrichtung festzustellen.

34.3.2 <sup>1</sup>Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle bei Suchtbehandlungen dient dem Schutz der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen und der Rechtssicherheit, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, vor Entstehung der regelmäßig hohen Aufwendungen auf etwaige Bedenken gegen deren Notwendigkeit

und Angemessenheit hinzuweisen. <sup>2</sup>Sofern in begründeten Ausnahmefällen, z. B. wegen Eilbedürftigkeit einer Maßnahme, eine vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle nicht eingeholt werden kann, kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

34.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

34.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 35 – Rehabilitationsmaßnahmen**

### **35.1 Zu Absatz 1**

#### **35.1.1 Zu Absatz 1 Nummer 1**

<sup>1</sup>Aufwendungen für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland beurteilen sich nach § 35 in Verbindung mit § 11. <sup>2</sup>Vergleichbare Einschränkungen wie im Inland gelten sinngemäß. <sup>3</sup>Demnach sind beispielsweise Maßnahmen in Einrichtungen mit Hotelcharakter nicht beihilfefähig.

#### **35.1.2 Zu Absatz 1 Nummer 2**

35.1.2.1 Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Mutter-Kind oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme ist, dass Mutter oder Vater erkrankt ist.

35.1.2.2 <sup>1</sup>Für Kinder, die bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind deren Aufwendungen in voller Höhe der Mutter oder dem Vater zuzurechnen. <sup>2</sup>Aufwendungen der Kinder werden diesen nur zugerechnet, wenn sie neben Mutter oder Vater selbst auch behandlungsbedürftig sind. <sup>3</sup>Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme, sondern um eine stationäre Rehabilitation des Kindes.

35.1.2.3 <sup>1</sup>Eine gesetzliche Regelung bezüglich der Altersgrenze für Kinder gibt es nicht. <sup>2</sup>Es ist immer eine Prüfung im Einzelfall angezeigt. <sup>3</sup>Nach der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes besteht in der Regel die Möglichkeit zur Mitaufnahme für Kinder bis zwölf Jahre, in besonderen Fällen bis 14 Jahre. <sup>4</sup>Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

#### **35.1.3 Zu Absatz 1 Nummer 3**

<sup>1</sup>Ziel der familienorientierten Rehabilitation nach Nummer 3 ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. <sup>2</sup>Bei ärztlich verordneter familienorientierter Rehabilitation nach Nummer 3 ist kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich. <sup>3</sup>In Ausnahmefällen sind auch Aufwendungen für eine familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme bei verwaiseten Familien (Versterben eines Kindes) in dafür spezialisierten Einrichtungen beihilfefähig. <sup>4</sup>Zwar ist Trauer als solche keine Krankheit, jedoch sind Situationen vorstellbar, in denen Trauer Krankheitswert erreichen kann. <sup>5</sup>Voraussetzung ist dann neben

der ärztlichen Verordnung eine medizinische Stellungnahme. <sup>6</sup>Das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist auch hier zu beachten.

#### 35.1.4 **Zu Absatz 1 Nummer 4**

35.1.4.1 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der Nummer 4 sind nur bei aktiven Beamtinnen und Beamten beihilfefähig.

35.1.4.2 <sup>1</sup>Soweit beihilfeberechtigte Personen die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem Heilbad oder Kurort im EU-Ausland beantragen, der nicht in Nummer 3 der Anlage 15 zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 BBhV enthalten ist, trifft die oberste Dienstbehörde die Entscheidung über die Anerkennung des Ortes als Heilbad oder Kurort. <sup>2</sup>Die beihilfeberechtigte Person hat Unterlagen, die zur Entscheidung beitragen, vorzulegen. <sup>3</sup>Die Anerkennung des Ortes als Heilbad oder Kurort ist dem BMI über die oberste Dienstbehörde mitzuteilen.

#### 35.1.5 **Zu Absatz 1 Nummer 5**

35.1.5.1 Gesondert in Rechnung gestellte Verpflegungskosten sind nicht beihilfefähig.

35.1.5.2 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind auch beihilfefähig, wenn sie von Einrichtungen durchgeführt werden, die der stationären Rehabilitation dienen.

35.1.5.3 <sup>1</sup>Die ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahme umfasst auch die mobile Rehabilitation. <sup>2</sup>Die mobile Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation. <sup>3</sup>Bei der mobilen Rehabilitation werden die beihilfeberechtigten oder ihre berücksichtigungsfähigen Personen zu Hause behandelt. <sup>4</sup>Anfallende Fahrtkosten der mobilen Rehabilitation sind in Höhe der Nummer 64 der Anlage 9 zur BBhV beihilfefähig.

#### 35.1.6 **Zu Absatz 1 Nummer 6**

35.1.6.1 <sup>1</sup>Beihilfefähig im Sinne dieser Vorschrift ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 ([www.kbv.de/media/sp/Rahmenvereinbarung\\_Rehasport.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvereinbarung_Rehasport.pdf)). <sup>2</sup>Folgeverordnungen sind nach ärztlicher Bescheinigung anzuerkennen.

35.1.6.2 Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für den Besuch eines Fitnessstudios oder allgemeine Fitnessübungen.

#### 35.2 **Zu Absatz 2**

- 35.2.1 <sup>1</sup>Aus den Vorschriften über die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten ergibt sich, dass es den beihilfeberechtigten oder ihren berücksichtigungsfähigen Personen überlassen bleibt, welche Beförderungsmittel sie nutzen. <sup>2</sup>Der Höchstbetrag von 200 Euro gilt für die Fahrtkosten der Gesamtmaßnahme (An- und Abreise einschließlich Fahrtkosten einer notwendigen Begleitperson) und unabhängig vom benutzten Verkehrsmittel. <sup>3</sup>Mit der Bezugnahme auf das BRKG bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs wird lediglich die Höhe des beihilfefähigen Betrages je gefahrenen Kilometer entsprechend § 5 Absatz 1 BRKG (zzt. 20 Cent je km) geregelt. <sup>4</sup>Die darüber hinaus in § 5 Absatz 1 BRKG genannten Höchstbeträge von 130 Euro oder 150 Euro finden hier keine Anwendung.
- 35.2.2 <sup>1</sup>Ergibt sich im Verlauf der stationären Rehabilitation, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der stationären Rehabilitation durch die Festsetzungsstelle auch auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens der in der Einrichtung behandelnden Ärztin oder des in der Einrichtung behandelnden Arztes erfolgen. <sup>2</sup>Satz 1 gilt nicht für die stationäre Rehabilitation bei Kindern.
- 35.2.3 Führen beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen zur selben Zeit und in derselben Einrichtung eine stationäre Rehabilitation durch, zählt dies bei Benutzung privater Personenkraftwagen als eine Fahrt.
- 35.2.4 Bei der Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme handelt es sich um „eine“ Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrtkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, wenn für das Kind gesonderte Fahrtkosten entstehen.
- 35.2.5 <sup>1</sup>Satz 2 Nummer 5 Buchstabe a dient der Klarstellung, dass lediglich die für die Behandlung erforderliche Unterbringung und Verpflegung beihilfefähig sind. <sup>2</sup>Beinhaltet der Tagessatz darüber hinaus Mehrkosten, die auf Wunsch der behandelten Person erbracht werden, sind diese nicht beihilfefähig.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 36 – Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen**

### **36.1 Zu Absatz 1**

36.1.1 Die Aufwendungen des für das Anerkennungsverfahren einzuholenden Gutachtens trägt die Festsetzungsstelle.

36.1.2 Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach den Abschnitten 1 und 2 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

### **36.2 Zu Absatz 2** (unbesetzt)

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

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Kapitel 3** **Aufwendungen in Pflegefällen**

### **Zu § 37 – Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen**

#### **37.1 Zu Absatz 1**

<sup>1</sup>Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist für die Pflegebedürftigen kostenfrei. <sup>2</sup>Aufwendungen für eine Pflegeberatung werden der Festsetzungsstelle vom Träger der Pflegeberatung in Rechnung gestellt und sind direkt an diesen zu zahlen, wenn die Pflegeberatung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte und die Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 erfüllt sind. <sup>3</sup>Der Bund hat mit der compass Private Pflegeberatung GmbH am 28. Juni 2013 einen Vertrag nach Satz 1 Nummer 2 geschlossen, wonach pro Beratungsgespräch eine Pauschale anfällt. <sup>4</sup>In Ausnahmefällen kann für eine beratungsbedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Pauschale mehrfach berechnet werden. <sup>5</sup>In Zweifelsfällen ist eine unmittelbare Abklärung durch die Festsetzungsstelle mit der compass GmbH möglich. <sup>6</sup>Die Pauschale kann auch dann an die compass Private Pflegeberatung GmbH geleistet werden, wenn die Pflegeberatung vor Ort in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu einem formlosen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung steht, auch wenn das entsprechende Formular nicht im Anschluss an die private Pflegeversicherung zurückgesandt wird. <sup>7</sup>Sobald der oder dem Beihilfeberechtigten eine abschlägige Leistungsmitteilung seiner privaten Pflegeversicherung vorliegt, ist eine Abrechnung der Beratung vor Ort nicht mehr erstattungsfähig. <sup>8</sup>Dies gilt nicht, wenn die beihilfeberechtigte Person, der mit einer begründeten Einwendung Widerspruch gegen die Einstufung bei seiner privaten Pflegeversicherung erhebt und dieser Widerspruch in analoger Anwendung des § 70 der VwGO innerhalb eines Monats erhoben wird. <sup>9</sup>Pflegeberatungen, die während der Zeit bis zum Abschluss dieses Widerspruchsverfahrens durchgeführt werden, sind durch die compass Private Pflegeberatung GmbH abrechenbar.

#### **37.2 Zu Absatz 2**

37.2.1 <sup>1</sup>Dem Antrag auf Beihilfe ist der Nachweis über die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 3 SGB XI beizufügen. <sup>2</sup>Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung stellt die Versicherung die Pflegebedürftigkeit, den Pflegegrad sowie den Leistungsbeginn fest (gesetzliche Verpflichtung). <sup>3</sup>Diese Feststellungen sind auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser von der Antragstellerin oder dem Antragsteller zugänglich zu machen (z. B. Abschrift des Gutachtens, ggf. schriftliche Leistungszusage der Versicherung). <sup>4</sup>Ohne einen derartigen



Nachweis ist eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vgl. § 22 Verwaltungsverfahrensgesetz [VwVfG]).

- 37.2.2 <sup>1</sup>Besteht keine Pflegeversicherung, hat die Festsetzungsstelle ein Gutachten einzuholen, aus dem die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 4 SGB XI hervorgehen. <sup>2</sup>Die Beihilfe zu den pflegebedingten Aufwendungen wird, soweit in der BBhV nicht anders festgelegt, entsprechend dem Bemessungssatz für die pflegebedürftige Person nach § 46 gewährt. § 33 Absatz 1 SGB XI gilt hier für den Beginn des Beihilfeanspruchs entsprechend.
- 37.2.3 Erhebt die beihilfeberechtigte Person gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, der von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegegrad sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Unanfechtbarkeit der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist unter Berücksichtigung der Feststellung der Pflegeversicherung über den Widerspruch zu entscheiden.
- 37.2.4 <sup>1</sup>Aufwendungen im Zusammenhang mit der Beschäftigung und Betreuung in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind nur im Rahmen von § 39a beihilfefähig. <sup>2</sup>Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Förderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **Zu § 38 – Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen**

Bei Prüfung der Ansprüche der §§ 38a bis 39b kann hilfsweise auf die Ausführungen des Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes zurückgegriffen werden ([www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_vereinbarungen_formulare.jsp)).

[→ nach oben](#)

## Zu § 38a – Häusliche Pflege

### 38a.1 Zu Absatz 1

38a.1.1 Die Aufwendungen für die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Satz 2 sind in Höhe des Anspruchs auf häusliche Pflegehilfe nach § 36 Absatz 3 SGB XI beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	689 Euro/Monat
3	1 298 Euro/Monat
4	1 612 Euro/Monat
5	1 995 Euro/Monat

38a.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für häusliche Pflege sind auch beihilfefähig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden. <sup>2</sup>Die außerhäusliche Pflege darf in diesen Fällen jedoch nicht in einer vollstationären Einrichtung (§ 39 BBhV) oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI erfolgen.

38a.1.3 <sup>1</sup>Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege nach § 27 sind gesondert beihilfefähig. <sup>2</sup>Zur Abgrenzung zwischen häuslicher Pflege und häuslicher Krankenpflege kann der Maßstab der privaten oder sozialen Pflegeversicherung herangezogen werden.

### 38a.2 Zu Absatz 2

38a.2.1 Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen pflegende Angehörige und vergleichbar nahestehende Pflegepersonen (z. B. Nachbarn, gute Freunde, gute Bekannte) entlasten. Die Angebote sind unterteilt in:

- Betreuungsangebote (z. B. Tagesbetreuung, Einzelbetreuung)
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden (z. B. durch Pflegebegleiter)
- Angebote zur Entlastung im Alltag (z. B. in Form praktischer Hilfen).

38a.2.2 <sup>1</sup>Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können bis zu 40 Prozent ihrer Ansprüche für Aufwendungen für häusliche Pflege in Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag umwandeln. <sup>2</sup>Die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI erfolgen unabhängig voneinander. <sup>3</sup>Ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen der Anwendung der 40-Prozent-Regelung und der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages gibt es nicht. <sup>4</sup>Die pflegebedürftige Person entscheidet somit selbst, wie sie die Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag finanziert.

### 38a.3 Zu Absatz 3

38a.3.1 <sup>1</sup>Der Anspruch auf Pauschalbeihilfe setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit der Pauschalbeihilfe die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung selbst sicherstellt. <sup>2</sup>Die Pauschalbeihilfe stellt kein Entgelt für erbrachte Pflegeleistungen dar, sondern ist eine Art Anerkennung für die von Angehörigen, Freunden oder anderen Menschen erbrachten Unterstützungs- und Hilfeleistungen.

38a.3.2 Pauschalbeihilfe wird in folgender Höhe zum jeweiligen Bemessungssatz geleistet:

Pflegegrad	Pauschalbeihilfe
2	316 Euro/Monat
3	545 Euro/Monat
4	728 Euro/Monat
5	901 Euro/Monat

38a.3.3 <sup>1</sup>Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach den §§ 26 und 26a, der stationären Rehabilitation nach den §§ 34 und 35 oder der stationären Pflege nach § 39 für Pflegebedürftige geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. <sup>2</sup>Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. <sup>3</sup>Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen

- einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§§ 26 und 26a),
- einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 27) oder
- einer stationären Rehabilitation (§§ 34 und 35).

<sup>4</sup>Bei einem Krankenhausaufenthalt beginnt die Vier-Wochen-Frist mit dem Aufnahmetag. <sup>5</sup>Bei einer Kürzung setzt die Leistung mit dem Entlassungstag wieder ein. <sup>6</sup>Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 6b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) Anwendung findet, wird die Pauschalbeihilfe oder anteilige Pauschalbeihilfe auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gewährt.

38a.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

38a.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

38a.6 **Zu Absatz 6**

38a.6.1 <sup>1</sup>Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die Pauschalbeihilfe beziehen, sind regelmäßig Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchzuführen:

- Pflegegrad 2 oder 3: halbjährlich,
- Pflegegrad 4 oder 5: vierteljährlich.

<sup>2</sup>Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1, die zu Hause versorgt werden, und pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die häusliche Pflegehilfe oder Kombinationsleistung aus häuslicher Pflegehilfe und Pauschalbeihilfe in Anspruch nehmen, können den Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB XI einmal pro Halbjahr freiwillig in Anspruch nehmen.

38a.6.2 Die beihilfefähige Pauschale für den Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI beträgt 23 Euro für die Pflegegrade 1 bis 3 und 33 Euro für die Pflegegrade 4 und 5.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## Zu § 38b – Kombinationsleistungen

### 38b.1 Zu Absatz 1

Bei einer Kombination der Leistungen nach § 38a Absatz 1 und 3 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

Beispiele:

- <sup>1</sup>Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (649 Euro von 1 298 Euro) und das Pflegegeld (272,50 Euro von 545 Euro) in Anspruch. <sup>2</sup>Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 30 % von 649 Euro	=	194,70 Euro
	- zum Pflegegeld: 30 % von 272,50 Euro	=	81,75 Euro
	gesamt	=	276,45 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 70 % von 649 Euro	=	454,30 Euro
	- Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld: 272,50 Euro abzüglich Anteil der privaten Pflegeversicherung	=	190,75 Euro
	gesamt	=	645,05 Euro

- <sup>1</sup>Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (649 Euro von 1 298 Euro) und das Pflegegeld (272,50 Euro von 545 Euro) in Anspruch. <sup>2</sup>Die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. <sup>3</sup>Als Person nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 50 % von 649 Euro	=	324,50 Euro
	- zum Pflegegeld: 50 % von 272,50 Euro	=	136,25 Euro
	gesamt	=	460,75 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: in gleicher Höhe wie die Leistung der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 46 Absatz 4)	=	324,50 Euro
	- Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld: 50 % von 440 Euro = 220 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 110 Euro	=	136,25 Euro
	gesamt	=	460,75 Euro

38b.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

38b.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Pflegebedürftige, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden erhalten neben den Leistungen nach § 39a anteilige Pauschalbeihilfe, wenn eine häusliche Pflege möglich ist. <sup>2</sup>Ist im häuslichen Bereich die Pflege (z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, kann Beihilfe nach Maßgabe des § 38c oder des § 38e gewährt werden. <sup>3</sup>Eine Anrechnung auf die Beihilfe nach § 39a ist nicht vorzunehmen. <sup>4</sup>Sofern für den Pflegebedürftigen in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine Beihilfegewährung nach § 38c oder § 38e nicht erfolgen. <sup>5</sup>Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit der Beihilfe zu den Aufwendungen nach § 39a abgegolten.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **Zu § 38c – Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

- 38c.1 Aufwendungen für Verhinderungspflege sind nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 beihilfefähig.
- 38c.2 <sup>1</sup>Der beihilfefähige Betrag der Verhinderungspflege beträgt 1 612 Euro für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. <sup>2</sup>Die Hälfte des beihilfefähigen Betrages für Kurzzeitpflege kann auch für Aufwendungen für Verhinderungspflege genutzt werden.
- 38c.3 <sup>1</sup>Während einer Verhinderungspflege wird die Pauschalbeihilfe bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt, wenn vor der Verhinderungspflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. <sup>2</sup>Bei Verhinderungspflege erfolgt keine Kürzung der Pauschalbeihilfe für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Verhinderungspflege. <sup>3</sup>Für die Höhe der Pauschalbeihilfe ist die geleistete Höhe der Pauschalbeihilfe vor Beginn der Verhinderungspflege maßgebend.

[→ nach oben](#)



[←zurück](#)

## Zu § 38d – Teilstationäre Pflege

### 38d.1 Zu Absatz 1

38d.1.1 Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege sind entsprechend § 41 SGB XI bis zu folgender Höhe beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	689 Euro/Monat
3	1 298 Euro/Monat
4	1 612 Euro/Monat
5	1 995 Euro/Monat

38d1.2 Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege umfassen:

- die pflegebedingten Aufwendungen,
- die Aufwendungen für Betreuung und
- die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

38d.1.3 <sup>1</sup>Bei vorübergehender Abwesenheit Pflegebedürftiger von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für teilstationäre Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des §87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. <sup>2</sup>Das heißt, dass im Fall vorübergehender Abwesenheit von der teilstationären Pflegeeinrichtung die Freihaltegebühren für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr beihilfefähig sind. <sup>3</sup>Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen sind die Freihaltegebühren für die gesamte Dauer dieser Aufenthalte beihilfefähig. <sup>4</sup>In den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sind für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzusehen.

38d.1.4 Aufwendungen der teilstationäre Pflege sind zusätzlich zu Aufwendungen nach § 38a Absatz 1, 3 oder § 38b beihilfefähig, ohne dass eine Anrechnung auf diese Aufwendungen erfolgt.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **Zu § 38e – Kurzzeitpflege**

- 38e.1 Aufwendungen für Kurzzeitpflege sind nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 beihilfefähig.
- 38e.2 <sup>1</sup>Der beihilfefähige Betrag der Kurzzeitpflege beträgt 1 612 Euro für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. <sup>2</sup>Der beihilfefähige Betrag für Verhinderungspflege kann auch für Aufwendungen der Kurzzeitpflege genutzt werden.
- 38e.3 <sup>1</sup>Während einer Kurzzeitpflege wird die Pauschalbeihilfe bis zu acht Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt, wenn vor der Kurzzeitpflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. <sup>2</sup>Bei Kurzzeitpflege erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes für den ersten und den letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege. <sup>3</sup>Für die Höhe der Pauschalbeihilfe ist die geleistete Höhe der Pauschalbeihilfe vor Beginn der Kurzzeitpflege maßgebend.

[→VwV](#)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **Zu § 38f – Ambulant betreute Wohngruppen**

- 38f.1 <sup>1</sup>Der beihilfefähige Leistungsbetrag des Wohngruppenschlages beträgt 214 Euro pro Monat. <sup>2</sup>Von maximal zwölf Personen, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe wohnen dürfen, müssen mindestens drei pflegebedürftig sein.
- 38f.2 <sup>1</sup>Im Einzelfall prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die Medicproof GmbH für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung bei Vorliegen der Kombination von teilstationärer Pflege und dem Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft unter Inanspruchnahme des Wohngruppenschlages nach § 38a SGB XI, ob die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. <sup>2</sup>In diesen Fällen ist bei der Gewährung von Beihilfe für teilstationäre Pflege neben dem pauschalen Zuschlag für Wohngruppen auf die Entscheidung der Pflegeversicherung abzustellen.
- 38f.3 Aufwendungen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen werden dann beihilfefähig anerkannt, wenn entsprechende Zuschüsse seitens der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gezahlt werden.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **Zu § 38g – Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

- 38.g.1 <sup>1</sup>Zur Verwaltungsvereinfachung und Entlastung der Versicherten und Pflegebedürftigen von Bürokratie ist – auch zur Feststellung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen – keine ärztliche Verordnung zum Nachweis der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln erforderlich, wenn im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, getroffen werden. <sup>2</sup>Diese Vereinfachung umfasst auch Hilfsmittel, die dem SGB V unterfallen. <sup>3</sup>Allerdings hat der Gesetzgeber für diese Hilfsmittel die Vereinfachung bis zum 31. Dezember 2020 befristet.
- 38g.2 Werden Aufwendungen für Pflegehilfsmittel von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung als solche nicht bezuschusst oder anerkannt, sind die Aufwendungen nach § 25 BBhV auf Beihilfefähigkeit zu prüfen.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## Zu § 38h – Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

### 38h.1 zu Absatz 1

<sup>1</sup>Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. <sup>2</sup>Für den Antrag ist das Formblatt nach [Anhang 3](#) zu verwenden. <sup>3</sup>Änderungen der Verhältnisse, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind der für die pflegebedürftige Person zuständigen Festsetzungsstelle unverzüglich mitzuteilen.

### 38h.2 zu Absatz 2

38h.2.1 Dem Grundsatz des § 173 SGB VI und § 349 Absatz 4a SGB III entsprechend, hat die Festsetzungsstelle anteilig den von der Beihilfe zu tragenden Anteil an den zuständigen Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen.

38h.2.2 Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die im Beitragsjahr (Kalenderjahr) versicherungspflichtigen Pflegepersonen erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags der Festsetzungsstelle für das Kalenderjahr, in dem die Pflege geleistet wurde (§ 349 Absatz 5 Satz 2 SGB III), wohingegen die Rentenversicherungsbeiträge monatlich zu zahlen sind.

38h.2.3 <sup>1</sup>Die Rentenversicherungsbeiträge sind nach dem einheitlichen Verteilungsschlüssel, der jährlich von der Deutschen Rentenversicherung festgelegt wird, an die Deutsche Rentenversicherung Bund und an den zuständige Regionalträger, in dessen Bereich die Festsetzungsstelle ihren Sitz hat, zu zahlen. <sup>2</sup>Das BMI wird jährlich durch Rundschreiben die prozentuale Verteilung der Beiträge bekanntgeben. <sup>3</sup>Die Beiträge sind unter Angabe der von der Bundesagentur für Arbeit vergebenen Betriebsnummer von der zuständigen Festsetzungsstelle zu überweisen. <sup>4</sup>Soweit die Festsetzungsstelle keine Betriebsnummer besitzt, ist eine solche beim Betriebsnummernservice der Bundesagentur für Arbeit zu beantragen.

38h.2.4 Der Beleg zur Überweisung der Rentenversicherungsbeiträge muss im Feld „Verwendungszweck“ folgende Angaben enthalten:

1. Zeile:

- Betriebsnummer der zahlenden Stelle (achtstellig)
- Monat (zweistellig) und Jahr(zweistellig), für den die Beiträge gezahlt werden
- Kennzeichen „West“ oder „Ost“

2. Zeile:

„RVBEITRAG-PFLEGE“.

38h.2.5 Einzelheiten der Zahlungsabwicklung einschließlich Zahlungsfristen ergeben sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesagentur für Arbeit, Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen vom 13. Dezember 2016, das auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung ([www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)) veröffentlicht ist.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## Zu § 39 – Vollstationäre Pflege

### 39.1 Zu Absatz 1

39.1.1 Die Aufwendungen für vollstationäre Pflege sind in Höhe des Anspruchs nach § 43 Absatz 2 SGB XI beihilfefähig:

Pflegegrad	Beihilfefähige Aufwendungen
2	770 Euro/Monat
3	1 262 Euro/Monat
4	1 775 Euro/Monat
5	2 005 Euro/Monat

39.1.2 <sup>1</sup>Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. <sup>2</sup>Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Absatz 3 SGB XI).

39.1.3 Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.

39.1.4 <sup>1</sup>Bei vorübergehender Abwesenheit Pflegebedürftiger von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für vollstationäre Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. <sup>2</sup>Das heißt, dass der Pflegeplatz im Fall vorübergehender Abwesenheit von der vollstationären Pflegeeinrichtung für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für die pflegebedürftige Person freizuhalten ist. <sup>3</sup>Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen sind die Freihaltegebühren für die gesamte Dauer dieser Aufenthalte beihilfefähig. <sup>4</sup>In den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sind für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzusehen.

39.1.5 Der Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen der stationären Pflege beginnt mit dem Tag des Einzugs in die Pflegeeinrichtung und endet mit dem Tag des Auszugs oder des Todes.

### 39.2 Zu Absatz 2

39.2.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für die Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, sowie Verpflegung, Unterkunft einschließlich Investitionskosten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Vorrangig sind zur Deckung der vorgenannten, verbleibenden Kosten immer Eigenmittel einzusetzen. <sup>3</sup>Aus Fürsorgegründen kann aber zu diesen Aufwendungen Beihilfe gewährt werden, wenn den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen von ihren Einkünften nicht ein rechnerischer Mindestbetrag verbleibt. <sup>4</sup>Für die Berechnung des zu belassenden Mindestbetrages wird immer die aktuelle Besoldungstabelle des jeweiligen Pflegemonat zugrunde gelegt. <sup>5</sup>Bei rückwirkender Besoldungserhöhung erfolgt keine Neuberechnung.

Beispiel 1 (Besoldungstabelle Stand 1. Februar 2017):

Ehepaar

Beihilfeberechtigter (Versorgungsempfänger, letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 3, Ehefrau nicht pflegebedürftig, keine weiteren berücksichtigungsfähigen Personen

1.	Rechnungsbetrag:	3 184,50 €
2.	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	24,50 €
3.	Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	1 262,00 €
4.	nicht gedeckte Aufwendungen:	1 898,00 €
5.	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	2 324,63 €
6.	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	2 134,70 €

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	gesamt
Nr. 1	427,31 €		
Nr. 2		1 602,42 €	
Nr. 3			
Nr. 4	104,97 €		
<b>Summe</b>	<b>532,28 €</b>	<b>1 602,42 €</b>	<b><u>2 134,70 €</u></b>

7.	selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./ Pos. 6.):	189,93 €
8.	zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 4. ./ Pos. 7.):	1 708,07 €

Beispiel 2 (Besoldungstabelle Stand 1. Februar 2017):

Alleinstehender Beihilfeberechtigter (Versorgungsempfänger, letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 3



1.	Rechnungsbetrag:	3 184,50 €
2.	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	24,50 €
3.	Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	1 262,00 €
4.	nicht gedeckte Aufwendungen:	1 898,00 €
5.	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	2 324,63 €
6.	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	532,28 €

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	gesamt
Nr. 1	427,31 €		
Nr. 2			
Nr. 3			
Nr. 4	104,97 €		
<b>Summe</b>	<b>532,28 €</b>		<b><u>532,28 €</u></b>

[→ nach oben](#)

7. selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./ Pos. 6.): 1 792,35 €  
 8. zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 4. ./ Pos. 7.): 105,65 €

Beispiel 3 (Besoldungstabelle Stand 1. Februar 2017):

Ehepaar mit einem berücksichtigungsfähigen Kind (Beihilfeberechtigter, Besoldungsgruppe A 13, Stufe 8), Ehefrau in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 5

1. Rechnungsbetrag: 4 019,56 €  
 2. Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon): 64,50 €  
 3. Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung: 2 005,00 €  
 4. nicht gedeckte Aufwendungen: 1 950,06 €  
 5. Einnahmen nach § 39 Absatz 3: 4 755,35 €  
 6. von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben: 2 296,25 €

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	Kind	gesamt
Nr. 1		427,31 €		
Nr. 2	1 602,42 €			
Nr. 3			160,24 €	
Nr. 4	160,24 €			
<b>Summe</b>	<b>1 762,66 €</b>	<b>427,31 €</b>	<b>160,24 €</b>	<b><u>2 350,21 €</u></b>

7. selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./ Pos. 6.): 2 405,14 €  
 8. die nicht gedeckten Aufwendungen liegen unter dem selbst zu tragendem Anteil (Pos. 4. ./ Pos. 7.), daher ist keine zusätzliche Beihilfe zu gewähren.

39.2.2 Das Grundgehalt im Sinne der Verordnung ist der ausgewiesene Betrag der Tabelle der Bundesbesoldungsordnung ohne die Amtszulage nach § 42 BBesG.

39.2.3 Bei beihilfeberechtigten verwitweten Versorgungsempfängern, die nicht selbst in einem aktiven Dienstverhältnis gestanden haben, ist das Grundgehalt der letzten Besoldungsgruppe der verstorbenen beihilfeberechtigten Person zugrunde zu legen.

39.2.4 <sup>1</sup>Sofern nach Nummer 39.1.6 die Pauschale für stationäre Pflege nur anteilig als beihilfefähig anerkannt werden kann, sind auch

- die Kosten für die Pflegeleistungen, die über die nach § 39 Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen,

- die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie
  - die Investitionskosten
- nur anteilig zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Satz 1 gilt entsprechend für den Mindestbetrag.

### 39.3 **Zu Absatz 3**

#### 39.3.1 Bei den Einnahmen bleiben unberücksichtigt:

- Einnahmen von Kindern,
- Einnahmen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch [SGB IV]) und
- Leistungsprämien nach § 42a BBesG.

39.3.2 Auf Grund des eindeutigen Bezugs auf § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 BBesG finden Zulagen nach § 1 Absatz 2 Nummer 4 und § 42 BBesG keine Berücksichtigung.

39.3.3 <sup>1</sup>Eine Rente ist immer mit dem Zahlbetrag nach Satz 1 Nummer 3 zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Sofern die Ehegattin oder der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner neben einer Rente weitere Einnahmen nach § 2 Absatz 3 EStG hat, sind diese ohne den Rentenanteil zu berücksichtigen.

39.3.4 Nummer 39.2.3 gilt entsprechend bei der Berechnung der Einnahmen.

### 39.4 **Zu Absatz 4**

§ 43b SGB XI zielt darauf ab, zusätzliches Personal für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, in den Einrichtungen bereit zu stellen. <sup>2</sup>Die Aufwendungen für diesen Vergütungszuschlag sind in allen stationären Einrichtungen einschließlich teilstationärer Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege in voller Höhe beihilfefähig.

### 39.5 **Zu Absatz 5**

<sup>1</sup>Pflegeeinrichtungen, deren aktivierende und rehabilitative Maßnahmen zu einem niedrigeren Pflegegrad oder dessen Wegfall führen, erhalten einen zusätzlichen Betrag seit 1.1.2017 in Höhe von 2 952 Euro zum Bemessungssatz. <sup>2</sup>Der Betrag unterliegt alle drei Jahre einer Dynamisierungsprüfung.

### 39.6 **Zu Absatz 6** (unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **Zu § 39a – Einrichtungen der Behindertenhilfe**

- 39a.1 <sup>1</sup>Beihilfefähig sind 10 Prozent des nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 266 Euro monatlich. <sup>2</sup>Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen behinderten Menschen zu Hause gepflegt und betreut werden, anteilige Pauschalbeihilfe gewährt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. <sup>3</sup>Inhalt der Vereinbarung nach § 75 Absatz 3 SGB XII ist gemäß § 76 Absatz 2 SGB XII die Vergütung für die Leistungen bestehend aus den Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale) und für die Maßnahmen (Maßnahmepauschale), so dass auch die Kosten der teilstationären Unterbringung (z. B. für die Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen) in die Berechnung der 10-Prozent-Regelung einzubeziehen sind.
- 39a.2 Bei zu Hause gepflegten pflegebedürftigen Personen, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließlich nach § 38e.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **Zu § 39b – Aufwendungen bei Pflegegrad 1**

Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind nur die enumerativ aufgeführten Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig. Diese entsprechen weitestgehend den Leistungen nach § 28a SGB XI.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 40 – Palliativversorgung**

### **40.1 Zu Absatz 1**

- 40.1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.
- 40.1.2 Erhöhte Aufwendungen, die auf Grund der besonderen Belange der zu betreuenden Kinder anfallen, sind beihilfefähig.
- 40.1.3 <sup>1</sup>Die Aufwendungen für eine solche Versorgung sind bis zur Höhe der nach § 132d Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbarten Vergütung beihilfefähig. <sup>2</sup>Für beihilfeberechtigte Personen nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Personen bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren.
- 40.1.4 Auf beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sind die Nummern 40.1.1 und 40.1.2 entsprechend anzuwenden.
- 40.1.5 Durch den Verweis in Satz 2 auf § 37b Absatz 3 SGB V bestimmt sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für SAPV im Übrigen hinsichtlich der Voraussetzungen, Art und Umfang nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

### **40.2 Zu Absatz 2**

- 40.2.1 <sup>1</sup>Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, das heißt leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. <sup>2</sup>Aufwendungen für die Behandlung in einem Hospiz sind nur dann beihilfefähig, wenn das Hospiz einen Versorgungsvertrag mit mindestens einer Krankenkasse abgeschlossen hat.
- 40.2.2 <sup>1</sup>Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland am 8. Dezember 2015 trägt die Krankenkasse die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen nach SGB XI (Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege) zu 95 Prozent. <sup>2</sup>Der Zuschuss darf dabei kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV nicht unterschreiten. <sup>3</sup>Beihilfefähig sind deshalb 95 Prozent der tatsächlichen Aufwendungen (einschließlich Unterkunft und

Verpflegung), mindestens jedoch kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV. <sup>4</sup>Für 2017 ergeben sich folgende kalendertägliche Mindestbeträge:

- Ost: 239,40 Euro,
- West: 267,75 Euro.

<sup>5</sup>Soweit andere Sozialleistungsträger Zuschüsse gewähren, sind diese im Rahmen des § 9 Absatz 1 anzurechnen.

40.2.3 <sup>1</sup>In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist. <sup>2</sup>In diesem Fall orientiert sich die beihilfefähige „angemessene Vergütung“ an dem Betrag, den die GKV ihrem Zuschuss zugrunde gelegt hat. <sup>3</sup>Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Vergütung.

40.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Kapitel 4**

### **Aufwendungen in anderen Fällen**

#### **Zu § 41 – Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen**

##### **41.1 Zu Absatz 1**

41.1.1 <sup>1</sup>Folgende Aufwendungen für Maßnahmen zur ärztlichen Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge sind beihilfefähig:

1. bei Minderjährigen bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes nicht nur geringfügig gefährden (§ 26 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
2. bei Minderjährigen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr die Aufwendungen für eine Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige oder soziale Entwicklung nicht nur geringfügig gefährden, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze) (§ 26 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
3. bei Frauen und Männern vom vollendeten 18. Lebensjahr die Aufwendungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen (§ 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
4. bei Frauen und Männern vom vollendeten 35. Lebensjahr an die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus (§ 25 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
5. Schutzimpfungen (§ 20i SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2).

<sup>2</sup>Inhalt, Zielgruppe, Altersgrenze, Häufigkeit, Art und Umfang der Maßnahmen nach Satz 1 richten sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“),
2. zur Jugendgesundheitsuntersuchung („Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“),
3. über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“),
4. über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“),
5. über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V.

<sup>3</sup>Die vorstehend genannten Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) veröffentlicht.



41.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und von Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden und über den Leistungsumfang nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehen oder nicht in Anlage 13 zur BBhV aufgeführt sind, können nicht als beihilfefähige Aufwendungen der Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen anerkannt werden. <sup>2</sup>Es bleibt zu prüfen, ob es sich in diesen Fällen um eine medizinisch notwendige Behandlung handelt, die auf Grund einer Diagnosestellung erfolgte.

41.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

41.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

41.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

41.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 42 – Schwangerschaft und Geburt**

42.0 § 42 ist auch anzuwenden auf die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Niederkunft einer berücksichtigungsfähigen Tochter der beihilfeberechtigten Person.

### **42.1 Zu Absatz 1**

#### **42.1.1.1 Zu Absatz 1 Nummer 1**

Für Aufwendungen der Schwangerschaftsüberwachung können die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der jeweils gültigen Fassung zugrunde gelegt werden.

42.1.1.2 <sup>1</sup>Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. <sup>2</sup>Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. <sup>3</sup>In diesem Zusammenhang sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

#### **42.1.2 Zu Absatz 1 Nummer 2**

Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung.

#### **42.1.3 Zu Absatz 1 Nummer 3 (unbesetzt)**

#### **42.1.4 Zu Absatz 1 Nummer 4**

Wird die Haus- und Wochenpflege durch den Ehegatten, die Lebenspartnerin, die Eltern oder die Kinder der Wöchnerin durchgeführt, sind nur beihilfefähig die Fahrtkosten und das nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen der die Haus- und Wochenpflege durchführenden Person.

### **42.2 Zu Absatz 2 (unbesetzt)**

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 43 – Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch**

### **43.1 Zu Absatz 1**

43.1.1 <sup>1</sup>Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist in Anlehnung an die nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V erlassenen Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung) geregelt. <sup>2</sup>Die Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) veröffentlicht.

43.1.2 <sup>1</sup>Aufwendungen für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 Prozent der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System (das heißt bei Ehegatten) durchgeführt werden und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. <sup>2</sup>Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Kostenerstattung.

43.1.3 <sup>1</sup>Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung sind nur beihilfefähig, wenn

- Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit (z. B. Fertilisierungsoperationen, alleinige hormonelle Stimulation) keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind,
- bei beiden Ehegatten der HIV-Status bekannt ist,
- bei der Ehefrau ein ausreichender Schutz gegen eine Rötelninfektion besteht,
- beide Ehegatten das 25. Lebensjahr vollendet haben,
- die Ehefrau das 40. Lebensjahr und der Ehemann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

<sup>2</sup>Die maßgeblichen Altersgrenzen für beide Ehegatten müssen in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus oder des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein.

43.1.4 <sup>1</sup>Nach Geburt eines Kindes sind Aufwendungen für die Herbeiführung einer erneuten Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung nach Nummer 43.1.2 beihilfefähig. <sup>2</sup>Dies gilt auch, wenn eine sogenannte „klinische Schwangerschaft“ (z. B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.

43.1.5 Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

43.1.6 Behandlungsmethoden, Begrenzung der Versuchszahlen und Indikationen:

43.1.6.1 intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, ggf. nach Ovulationstimung ohne Polyvulation (drei oder mehr Follikel);

höchstens acht Versuche;

Indikationen: somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

43.1.6.2 intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel);

höchstens drei Versuche;

Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

43.1.6.3 In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryotransfer (ET), ggf. als Zygotenttransfer oder als intratubarer Embryotransfer (EIFT – Embryointrafallopiantransfer);

höchstens drei Versuche; der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat;

Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind;

43.1.6.4 Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT [gamete intrafallopian transfer]);

Indikationen: anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung – einschließlich einer psychologischen Exploration – ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind;

43.1.6.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI);

höchstens drei Versuche; (der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat);

Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens zwölf Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas die Grenzwerte gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder Swim-up-Test) – unterschreiten.

43.1.7 <sup>1</sup>Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur IVF als auch zum GIFT vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. <sup>2</sup>IVF und ICSI dürfen auf Grund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. <sup>3</sup>Einzige Ausnahme ist die Fallkonstellation eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer IVF. <sup>4</sup>In diesem Fall kann in maximal zwei darauffolgenden Zyklen die ICSI zur Anwendung kommen, auch wenn die Voraussetzungen nach Nummer 43.1.6.5 nicht vorliegen. <sup>5</sup>Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sog. Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.

43.1.8 <sup>1</sup>Die IVF gilt als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. <sup>2</sup>Die ICSI gilt als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle(n) erfolgt ist.

43.1.9 <sup>1</sup>Die Zuordnung der Kosten zu den Ehegatten erfolgt in enger Anlehnung an Nummer 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung. <sup>2</sup>Das bedeutet, dass die Aufwendungen der Person zuzurechnen sind, bei der die Leistung durchgeführt wird. <sup>3</sup>Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, ggf. einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens (Reifung der Samenzellen, ohne die eine Befruchtung der Eizelle nicht möglich ist) sowie für den HIV-Test beim Ehemann entfallen auf den Ehemann. <sup>4</sup>Aufwendungen für die Beratung der Ehegatten nach Nummer 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen entfallen auf die Ehefrau. <sup>5</sup>Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken) und die ggf. in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Ehemann. <sup>6</sup>Aufwendungen für extrakorporale Maßnahmen werden demjenigen zugeordnet, bei dem die Maßnahmen durchgeführt werden (so werden z. B. Aufwendungen für Maßnahmen zur Behandlung von Fertilitätsstörungen des Mannes diesem zugeordnet).

43.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

43.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

43.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

43.5 **Zu Absatz 5**

Liegt eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 oder Absatz 3 des Strafgesetzbuchs (StGB) vor, bedarf es grundsätzlich keiner weitergehenden Prüfung der Rechtmäßigkeit durch die Festsetzungsstelle.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **Zu § 44 – Überführungskosten**

- 44.1 <sup>1</sup>Neben den geregelten Fällen sind Aufwendungen anlässlich des Todes nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Die BBhV regelt nur die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen.
- 44.2 Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen aus Anlass der Todesfeststellung nach Nummern 100 bis 107 der Anlage zur GOÄ einschließlich des in diesem Zusammenhang berechneten Wegegeldes nach § 8 GOÄ.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 45 – Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe**

### **45.1 Zu Absatz 1**

- 45.1.1 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Erste Hilfe umfassen den Einsatz von Rettungskräften, Sanitäterinnen, Sanitätern und anderen Personen und die von ihnen verbrauchten Stoffe (z. B. Medikamente, Heil- und Verbandmittel).
- 45.1.2 Eine behördlich angeordnete Entseuchung kommt insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz in Betracht.

### **45.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Gebärdensprachdolmetscherin oder eines Gebärdensprachdolmetschers oder einer anderen Kommunikationshilfe gelten die gleichen Voraussetzungen wie für den Anspruch auf eine Kommunikationshilfe im Verwaltungsverfahren. <sup>2</sup>Als Kommunikationshilfen kommen Gebärdensprachdolmetscherinnen, Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscherinnen, Schriftdolmetscher oder andere nach der Kommunikationshilfeverordnung zugelassene Hilfen in Betracht. <sup>3</sup>Als beihilfefähig anzuerkennen sind die nachgewiesenen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Person bis zur Höhe der im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) vorgesehenen Sätze (derzeit 70 Euro pro Stunde für Dolmetscherinnen und Dolmetscher [§ 45 Absatz 2 Nummer 1 BBhV in Verbindung mit § 9 Absatz 2 des Behindertengleichstellungsgesetzes, § 5 Absatz 1 Satz 1 der Kommunikationshilfeverordnung und § 9 Absatz 3 JVEG]); entschädigt werden die Einsatzzeit zuzüglich erforderlicher Reisezeiten (§ 8 Absatz 2 JVEG) und erforderliche Fahrtkosten (§ 8 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 5 JVEG) der Kommunikationshilfe. <sup>4</sup>Die Beihilfefähigkeit beschränkt sich auch dann auf den individuellen Bemessungssatz, wenn die ergänzende Krankenversicherung Leistungen für Kommunikationshilfen nicht gewährt. <sup>5</sup>Anders als im Verwaltungsverfahren ist die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe z. B. beim Besuch einer Ärztin oder eines Arztes immer eine Sache der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person.

[→ nach oben](#)



[←zurück](#)

## **Zu § 45a – Organspende und andere Spenden**

45a.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

45a.2 **Zu Absatz 2**

Zu den Auswirkungen des Bezugs von Leistungen zum Ausgleich des Verdienstauffalls von Organ- oder Gewebespendern nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes wird auf das Schreiben der Deutschen Rentenversicherung Bund verwiesen, das mit Rundschreiben des BMI vom 10. Januar 2013 - D 6 – 213 106-11/0#0 - bekanntgegeben wurde.

45a.3 **Zu Absatz 3**

Neben den Aufwendungen der Registrierung sind auch die Aufwendungen für die Suche nach einem geeigneten Spender im Zentralen Knochenmarkspender-Register beihilfefähig.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 45b – Klinisches Krebsregister**

### **45b.1 Zu Absatz 1**

45b.1.1 <sup>1</sup>Der Bund hat zum 1. Oktober 2016 mit dem Klinischen Krebsregister Berlin Brandenburg eine Vereinbarung zur Kostenbeteiligung der Beihilfe des Bundes geschlossen. <sup>2</sup>Der Vertrag ist offen für den Beitritt anderer Krebsregister. <sup>3</sup>Das BMI wird über weitere Beitritte durch Rundschreiben informieren.

45b1.2 Aufwendungen für eine klinische Krebsregistrierung werden der Festsetzungsstelle von den klinischen Krebsregistern in Rechnung gestellt und sind direkt an diesen entsprechend dem Bemessungssatz zu zahlen, wenn die Registrierung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte.

45b.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## Kapitel 5 Umfang der Beihilfe

### Zu § 46 – Bemessung der Beihilfe

#### 46.1 **Zu Absatz 1** (unbesetzt)

#### 46.2 **Zu Absatz 2**

Zu den Waisen im Sinne der Nummer 4 gehören auch Halbwaisen, soweit sie Halbwaisengeld beziehen.

#### 46.3 **Zu Absatz 3**

46.3.1 <sup>1</sup>Die beihilfeberechtigten Personen bestimmen mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. <sup>2</sup>Eine gesonderte Erklärung der beihilfeberechtigten Personen ist nicht erforderlich.

46.3.2 Bei Personen, die heilfürsorgeberechtigt sind oder Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben, besteht keine Konkurrenz zu einer anderen beihilfeberechtigten Person, weil die Aufwendungen für diesen Personenkreis nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind.

46.3.3 Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen mit unterschiedlichen Dienstherrn (z. B. Bund – Land; Bund – Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung nach dem Formblatt im Anhang 1 zu übersenden.

#### 46.4 **Zu Absatz 4** (unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 47 – Abweichender Bemessungssatz**

### **47.1 Zu Absatz 1** (unbesetzt)

### **47.2 Zu Absatz 2**

47.2.1 Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 Prozent der Aufwendungen ermöglicht.

47.2.2 <sup>1</sup>In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 14,50 Euro täglich einzubeziehen. <sup>2</sup>Ein von dritter Seite gezahlter Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag ist bei der Gegenüberstellung von dem zu zahlenden Beitragsaufwand abzuziehen.

47.2.3 <sup>1</sup>Der Krankenversicherungsbeitrag und die Gesamteinkünfte sind zu belegen. <sup>2</sup>Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Absatz 2 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. <sup>3</sup>Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen. <sup>4</sup>Nach spätestens drei Jahren sind die Voraussetzungen auf die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf Grund eines erneuten Antrags neu zu prüfen.

47.2.4 Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt.

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

### **47.4 Zu Absatz 4**

47.4.1 <sup>1</sup>Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter Behandlung und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung der oder des Versicherten beiträgt, das heißt zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen deckt. <sup>2</sup>Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. <sup>3</sup>Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. <sup>4</sup>Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

47.4.2 <sup>1</sup>Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. <sup>2</sup>Ein Leistungsausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine oder nur reduzierte Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. <sup>3</sup>Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehene Wartezeit anfallen.

47.4.3 <sup>1</sup>Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. <sup>2</sup>Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

47.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

47.6 **Zu Absatz 6**  
(unbesetzt)

47.7 **Zu Absatz 7**  
(unbesetzt)

47.8 **Zu Absatz 8**

47.8.1 <sup>1</sup>Die Regelung beinhaltet die Möglichkeit eines Nachteilsausgleichs für Personen, die in Folge einer Gesetzesänderung Beihilfeberechtigte des Bundes werden und zuvor Beihilfe nach Landesrecht bezogen haben. <sup>2</sup>Ausgeglichen werden können aber nur Nachteile, die sich aus unterschiedlichen Regelungen zum Bemessungssatz ergeben. <sup>3</sup>Nicht erfasst werden eventuelle anderweitige Benachteiligungen wie z. B. bei der Beihilfefähigkeit einzelner Aufwendungen.

47.8.2 <sup>1</sup>Zur Herbeiführung der Festlegung ist ein formloses Ersuchen des Bundesministeriums, das nach der Geschäftsverteilung der Bundesregierung für die Belange der beihilfeberechtigten Personen zuständig ist, erforderlich (Satz 2). <sup>2</sup>Das Ersuchen soll folgende Angaben enthalten:

- betroffene Personengruppe (genau zu spezifizieren),
- gesetzliche Grundlage für das Entstehen eines Beihilfeanspruchs nach der BBhV,
- Sachverhalte, für die nach Landesrecht ein vom Bundesrecht abweichender, günstigerer Bemessungssatz gegolten hat,
- Bemessungssatz nach Landesrecht,
- Vorschlag für eine Abweichung vom Bemessungssatz nach der BBhV.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 48 – Begrenzung der Beihilfe**

### **48.1 Zu Absatz 1**

48.1.1 <sup>1</sup>Um den nach Satz 1 zulässigen Höchstbetrag der Beihilfe berechnen zu können, sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Kranken- und Pflegeversicherung gegenüberzustellen. <sup>2</sup>Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z. B. Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen, deren Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist. <sup>3</sup>Sind z. B. für eine berücksichtigungsfähige Person die Aufwendungen für eine Seehilfe nach Anlage 11 Abschnitt 4 Unterabschnitt 1 BBhV beihilfefähig, dann zählen die Aufwendungen für eine Seehilfe nur für diese Person zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, nicht jedoch die Aufwendungen für Seehilfen beihilfeberechtigter oder weiterer berücksichtigungsfähiger Personen. <sup>4</sup>Die Aufwendungen für Lifestyle-Arzneimittel gehören grundsätzlich nicht zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen (§ 22 Absatz 2 Nummer 1). <sup>5</sup>Die Aufwendungen für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur dann dem Grunde nach beihilfefähig, wenn die BBhV dies ausnahmsweise ausdrücklich bestimmt (§ 22 Absatz 2 Nummer 2 und 3 sowie § 50 Absatz 1 Nummer 2).

48.1.2 Beitragserstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.

### **48.2 Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Prozentsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. <sup>2</sup>Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. <sup>3</sup>Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 49 – Eigenbehalte**

### **49.1 Zu Absatz 1**

49.1.1 Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte nach § 22 Absatz 1 Nummer 4.

49.1.2 <sup>1</sup>Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg, auch für Arznei- und Verbandmittel aus Versandapotheken. <sup>2</sup>Von Apotheken gewährte Rabatte sind zu berücksichtigen.

49.1.3 <sup>1</sup>Ist auf Grund der Verordnung kein Packungsgrößenkennzeichen oder keine Bezugseinheit bestimmbar (z. B. bei Sondennahrung), bestimmt die Verordnungszeile die Höhe der Eigenbehalte. <sup>2</sup>Das kann dazu führen, dass bei Dauerverordnung (z. B. für enterale Ernährung) ein Eigenbehalt nur einmal erhoben wird.

49.1.4 <sup>1</sup>Bei Aufwendungen für Betrieb, Unterhaltung und Reparatur von Hilfsmitteln sind keine Eigenbehalte abzusetzen. <sup>2</sup>Der Eigenbehalt gilt nur bei Anschaffung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln. <sup>3</sup>Bei Miete eines Hilfsmittels ist nur einmalig für die erste Miete ein Eigenbehalt abzusetzen.

49.1.5 <sup>1</sup>Sofern aus der ärztlichen Verordnung nichts anderes hervorgeht, ist die in der Verordnung angegebene Stückzahl als „Monatsbedarf“ im Sinne von Satz 2 anzusehen. <sup>2</sup>Der Monatsbedarf ist auf den Kalendermonat zu beziehen. <sup>3</sup>Der Mindestabzugsbetrag in Höhe von 5 Euro ist hier nicht anzuwenden.

49.1.6 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten unterliegen grundsätzlich dem Abzug von Eigenbehalten, außer den bereits durch einen Höchstbetrag begrenzten Fahrtkosten nach § 35 Absatz 2.

49.1.7 <sup>1</sup>Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne der §§ 26 und 26a entstehenden Beförderungskosten ist der Abzugsbetrag nach Satz 1 Nummer 3 nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen. <sup>2</sup>Dies gilt entsprechend bei ambulant durchgeführten Operationen bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen im jeweiligen Behandlungsfall, bei teilstationärer Behandlung (Tagesklinik) sowie bei einer ambulanten Chemo-/ Strahlentherapie.

### **49.2 Zu Absatz 2**

49.2.1 <sup>1</sup>Der Abzugsbetrag ist sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Die Abzugsbeträge sind für jedes Kalenderjahr gesondert zu beachten, dies gilt auch bei durchgehendem stationärem Krankenhausaufenthalt über den Jahreswechsel.



49.2.2 Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag:

- Entbindungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen,
- ambulante Operationen im Krankenhaus,
- Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus.

49.3 **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Der Abzugsbetrag in Höhe von zehn Prozent der Aufwendungen für eine vorübergehende häusliche Krankenpflege (§ 27) ist begrenzt auf 28 Tage je Kalenderjahr. <sup>2</sup>Bei einem erneuten Krankheitsfall im selben Kalenderjahr werden deshalb keine Abzugsbeträge mehr in Ansatz gebracht, soweit die Krankenpflege insgesamt mehr als 28 Tage in Anspruch genommen worden ist. <sup>3</sup>Neben dem Abzugsbetrag für die häusliche Krankenpflege wird für jede ärztliche Verordnung ein Betrag von 10 Euro von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen.

49.4 **Zu Absatz 4**

Zur Unterstützung für die Ermittlung der beihilfefähigen Arzneimittel, für die kein Eigenbehalt nach Nummer 4 Buchstabe b zu berücksichtigen ist, können die von den Spitzenorganisationen der Krankenkassen festzulegenden zuzahlungsbefreiten Arzneimittel nach § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V genutzt werden.

49.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## Zu § 50 – Belastungsgrenzen

### 50.1 Zu Absatz 1

50.1.1 <sup>1</sup>Eine Befreiung von Eigenbehalten wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. <sup>2</sup>Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Aufwendungen entstanden sind. <sup>3</sup>Die Befreiung von Eigenbehalten umfasst sowohl die Eigenbehalte der beihilfeberechtigten als auch der berücksichtigungsfähigen Personen.

50.1.2 <sup>1</sup>Der Begriff der chronischen Erkrankung bestimmt sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie); die Richtlinie ist auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschuss ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) veröffentlicht. <sup>2</sup>Wer künftig chronisch an einer Krebsart erkrankt (dies gilt für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen) muss außerdem durch geeignete Unterlagen (z. B. Rechenkopien oder ärztliche Bescheinigungen) nachweisen, dass sie oder er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen, die zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt sind. <sup>3</sup>Der erforderliche Nachweis bezieht sich nur auf die Durchführung der Beratung. <sup>4</sup>Vorsorgeuntersuchungen selbst müssen daraufhin nicht in Anspruch genommen worden sein. <sup>5</sup>Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige "chronische Krankheit" vor. <sup>6</sup>Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. <sup>7</sup>Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann sowie beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden. <sup>8</sup>Die beihilfeberechtigte Person muss nachweisen (z. B. durch Vorlage ärztlicher Bescheinigung, mehrerer Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrerer Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. <sup>9</sup>Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn es keine Anzeichen für einen Wegfall der chronischen Erkrankung gibt.

50.1.3 <sup>1</sup>Die Eigenbehalte nach § 49 Absatz 1 bis 3 sind nur entsprechend der Höhe des Beihilfemessungssatzes nach § 46 zu berücksichtigen, da die beihilfeberechtigte Person auch nur mit diesem Betrag belastet ist. <sup>2</sup>Beispiel: Ein Arzneimittel kostet 50 Euro – 5 Euro Eigenbehalt = 45 Euro beihilfefähiger Betrag. <sup>3</sup>Bei einem Bemessungssatz von 50 Prozent werden 22,50 Euro Beihilfe ausbezahlt. <sup>4</sup>Ohne Eigenbehalt erhielte die beihilfeberechtigte Person eine Beihilfe von 25 Euro. <sup>5</sup>Die Differenz von 2,50 Euro ent-

spricht der effektiven Belastung der beihilfeberechtigten Person durch den Eigenbehalt.

- 50.1.4 <sup>1</sup>Bis zur Erreichung der Belastungsgrenze werden alle verordneten nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ohne Eigenbehalt entsprechend dem Bemessungssatz bei der Berechnung, ob die Belastungsgrenze erreicht wird, berücksichtigt. <sup>2</sup>Nach Erreichen der Belastungsgrenze werden ab diesem Zeitpunkt entstehende Aufwendungen für die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel als beihilfefähig anerkannt, wenn diese den festgelegten Betrag der entsprechenden Besoldungsgruppen übersteigen. <sup>3</sup>Für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger wird die vor Eintritt in den Ruhestand bezogene Besoldungsgruppe zugrunde gelegt. <sup>4</sup>Für Beamtinnen und Beamte im Vorbereitungsdienst gilt § 50 Absatz 1 Nummer 2.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

**Beispiele:**

**Berücksichtigung Belastungsgrenze**

Besoldungsgruppe	Abgabepreis des Arzneimittels	Beihilfefähiger Betrag (fiktiv)	Bemessungssatz	Beihilfe (fiktiv ohne Eigenbehalt)	Anrechnung für Belastungsgrenze
A 8	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 8	8,00 €	8,00 €	50 %	4,00 €	4,00 €
A 8	8,10 €	8,10 €	50 %	4,05 €	4,05 €
A 8	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 12	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 12	12,00 €	12,00 €	50 %	6,00 €	6,00 €
A 12	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €	6,05 €
A 12	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 15	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 15	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €	6,05 €
A 15	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 15	16,10 €	16,10 €	50 %	8,05 €	8,05 €

**Beispiele:**

**Nach Erreichung der Belastungsgrenze**

Besoldungsgruppe	Abgabepreis des Arzneimittels	Beihilfefähiger Betrag	Bemessungssatz	Beihilfe
A 8	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 8	8,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 8	8,10 €	8,10 €	50 %	4,05 €
A 8	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €
A 12	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 12	12,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 12	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €
A 12	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €
A 15	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 15	12,10 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 15	16,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 15	16,10 €	16,10 €	50 %	8,05 €

50.1.5 <sup>1</sup>Auch bei einem nichtverschreibungspflichtigen Festbetragsarzneimittel wird der volle Apothekenabgabepreis zum Bemessungssatz auf die Belastungsgrenze angerechnet.  
<sup>2</sup>Nach Überschreiten der Belastungsgrenze wird bei der Frage, ob die jeweilige Grenze

nach der entsprechenden Besoldungsgruppe überschritten wird, auf den vollen Apothekenabgabepreis des Arzneimittels abgestellt.<sup>3</sup> Erst bei der Berechnung der Beihilfe wird als beihilfefähiger Betrag der Festbetrag anerkannt, sofern er unter dem Apothekenabgabepreis liegt.

Beispiel:

nichtverschreibungspflichtiges Arzneimittel

Apothekenabgabepreis: 12,76 Euro

Festbetrag: 7,59 Euro

<sup>4</sup>Bei der Berechnung der Belastungsgrenze werden 12,76 Euro berücksichtigt.

<sup>5</sup>Nach Überschreiten der Belastungsgrenze können 7,59 Euro als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach Prüfung bei Zugrundelegung des Apothekenabgabepreises von 12,76 Euro die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vorliegt.

## 50.2 Zu Absatz 2

50.2.1 Einnahmen einer Ehegattin, eines Ehegatten, einer Lebenspartnerin, eines Lebenspartners, die oder der privat krankenversichert ist, sind in die Berechnung der Belastungsgrenze einzubeziehen.

50.2.2 <sup>1</sup>Bei verheirateten beihilfeberechtigten Personen, die beide beihilfeberechtigt sind, erfolgt die Minderung der Einnahmen um 15 Prozent jeweils für jede beihilfeberechtigte Person gesondert. <sup>2</sup>Die Minderung für jedes Kind um den sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Betrag erfolgt mit Ausnahme der Personen, die heilfürsorgeberechtigt sind oder Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben, bei der beihilfeberechtigten Person, die den Familienzuschlag bezieht.

50.2.3 Liegen die Voraussetzungen für einen Freibetrag nach § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 EStG nicht für jeden Kalendermonat vor, ermäßigen sich die dort genannten Beträge um ein Zwölftel.

## 50.3 Zu Absatz 3

<sup>1</sup>Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge getragen werden, ist bei der Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. <sup>2</sup>Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb dieser Einrichtungen.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Kapitel 6**

### **Verfahren und Zuständigkeit**

#### **Zu § 51 – Bewilligungsverfahren**

##### **51.1 Zu Absatz 1**

51.1.1 <sup>1</sup>Die Festsetzungsstelle ist bei ihren Einzelfallentscheidungen an § 80 BBG, an die BBhV, an diese Verwaltungsvorschrift sowie an ergänzende Erlasse der obersten Dienstbehörde gebunden. <sup>2</sup>Soweit Festsetzungsstellen die Beihilfebearbeitung übertragen worden ist, bleibt oberste Dienstbehörde die Dienstbehörde des übertragenden Ressorts (vgl. auch § 3 Absatz 1 BBG).

51.1.2 <sup>1</sup>Die Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne nach § 14 Satz 2 und § 15a Absatz 1 Satz 2 gehören nicht zu den Gutachten im Sinne des Absatzes 1, deren Kosten von der Festsetzungsstelle zu tragen sind. <sup>2</sup>Die Aufwendungen für diese Heil- und Kostenpläne sind nach § 14 Satz 3 und § 15a Absatz 1 Satz 3 beihilfefähig.

51.1.3 Die Verpflichtung zur Pseudonymisierung personenbezogener Daten nach Satz 4 konkretisiert die Geheimhaltungspflicht nach § 55.

51.1.4 Nach Satz 2 hat die beihilfeberechtigte Person

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen und
- sich auf Verlangen der Festsetzungsstelle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung erforderlich sind.

51.1.5 Die Mitwirkungspflicht der beihilfeberechtigten Person besteht nicht, soweit

- ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zur beantragten Leistung steht,
- ihre Erfüllung unzumutbar ist,
- die Festsetzungsstelle sich die erforderlichen Kenntnisse mit geringerem Aufwand beschaffen kann als die beihilfeberechtigte Person,

- bei Behandlungen und Untersuchungen im Einzelfall
- ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
- die Maßnahme mit erheblichen Schmerzen verbunden ist oder einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet.

51.1.6 <sup>1</sup>In Härtefällen kann die beihilfeberechtigte Person, auch für berücksichtigungsfähige Personen, auf Antrag Ersatz des notwendigen Aufwandes einschließlich des Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. <sup>2</sup>Notwendig ist der geltend gemachte Aufwand nur dann, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person alle Möglichkeiten zur Minimierung des Aufwandes genutzt hat. <sup>3</sup>Dazu gehört im Falle des Verdienstausfalls auch eine Verlegung der Arbeitszeit oder des Termins einer Untersuchung oder Begutachtung. <sup>4</sup>Ein Härtefall in diesem Sinn liegt nur dann vor, wenn der Verzicht auf die Erstattung des notwendigen Aufwandes in angemessener Höhe der beihilfeberechtigten Person aus Fürsorgegründen nicht zugemutet werden kann.

51.1.7 <sup>1</sup>Kommt die beihilfeberechtigte Person, auch für berücksichtigungsfähige Personen, ihren Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die Festsetzungsstelle ohne weitere Ermittlungen die Beihilfen versagen oder entziehen. <sup>2</sup>Dies gilt entsprechend, wenn die Aufklärung des Sachverhalts absichtlich erheblich erschwert wird.

51.1.8 <sup>1</sup>Beihilfeberechtigte Personen sind auf die möglichen Folgen mangelnder Mitwirkung vor dem Entzug der Leistungen schriftlich hinzuweisen. <sup>2</sup>Ihnen kann für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht eine angemessene Frist gesetzt werden.

51.1.9 Wird die Mitwirkung nachgeholt, ist die beantragte Beihilfe in Höhe des durch die Mitwirkung nachgewiesenen Anspruchs zu gewähren, soweit die Voraussetzungen für die Gewährung trotz verspäteter Erfüllung der Mitwirkungspflichten weiterhin vorliegen.

## 51.2 **Zu Absatz 2**

Zur Verfahrensweise wird auf Nummer 37.2 verwiesen.

## 51.3 **Zu Absatz 3**

51.3.1 <sup>1</sup>Die BBhV verzichtet weitgehend auf bindende Formvorschriften für das Antragsverfahren. <sup>2</sup>Damit wird den Festsetzungsstellen die Möglichkeit gegeben, ein auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmtes Verfahren zu gestalten. <sup>3</sup>Auch die zu verwendenden Antragsformulare können nach den jeweiligen Anforderungen gestaltet werden. <sup>4</sup>Unverzichtbar für die Beihilfearbeitung sind persönliche Angaben zur Identifizierung der beihilfeberechtigten Person, Angaben zum Anspruch auf Bezüge und ggf. familienbezogene Zulagen (für die Prüfung des Beihilfeanspruchs und der Berücksichti-

gungsfähigkeit) und zu sonstigen Ansprüchen (z. B. aus Krankenversicherungen oder Schadensersatzansprüchen bei Unfällen mit Ersatzpflicht Dritter).

51.3.2 Die Wahlleistungsvereinbarung muss zusammen mit den ersten Rechnungen über die Wahlleistungen dem Beihilfeantrag beigelegt werden.

51.3.3 <sup>1</sup>Die Vorschrift ermöglicht die elektronische Beihilfebearbeitung einschließlich der elektronischen Belegübermittlung und Bescheidversendung. <sup>2</sup>Aus der Vorschrift ergibt sich kein Anspruch der beihilfeberechtigten Person auf eine bestimmte Verfahrensgestaltung.

51.3.4 In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.

51.3.5 <sup>1</sup>Aufwendungen für Halbweisen können mit Zustimmung der Festsetzungsstelle zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. <sup>2</sup>Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbweisen bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung unverändert bestehen. <sup>3</sup>Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 wird durch die gemeinsame Antragstellung nicht begründet.

51.3.6 <sup>1</sup>Beihilfen werden nur zu Aufwendungen gewährt, die während des Bestehens einer Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit entstanden sind. <sup>2</sup>Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung oder keine Berücksichtigungsfähigkeit mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt waren.

#### 51.4 **Zu Absatz 4**

<sup>1</sup>Die Vorschrift dient der Verfahrensvereinfachung bei Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind. <sup>2</sup>Grundsätzlich obliegt es der beihilfeberechtigten Person, prüfbare Belege für Leistungen im In- und Ausland vorzulegen. <sup>3</sup>Soweit der Festsetzungsstelle die Prüfung der Belege ohne weitere Mitwirkung der beihilfeberechtigten Person möglich ist, bedarf es keiner weiteren Unterlagen. <sup>4</sup>Eine Übersetzung im Sinne von Satz 3 unterliegt keinen besonderen Formvorschriften; sie muss nicht amtlich beglaubigt sein. <sup>5</sup>Die Kosten einer erforderlichen Übersetzung sind nicht beihilfefähig. <sup>6</sup>Bei Rechnungsbeträgen in ausländischer Währung ist Nummer 11.1.2 zu beachten.

#### 51.5 **Zu Absatz 5**

51.5.1 <sup>1</sup>Grundsätzlich sind die eingereichten Belege zu vernichten. <sup>2</sup>Die Vernichtung der Belege umfasst nicht nur die der Festsetzungsstelle in Papierform vorliegenden Belege, sondern auch die Löschung der ggf. elektronisch übersandten Belegdateien.



51.5.2 Die Vernichtung der Belege hat so zu erfolgen, dass eine Rekonstruktion der Inhalte nicht möglich ist.

#### 51.6 **Zu Absatz 6**

<sup>1</sup>Die Regelung schafft keinen Beihilfeanspruch; der Beihilfeanspruch steht materiell unverändert der beihilfeberechtigten Person zu. <sup>2</sup>Eine unbillige Härte kann unter anderem dann gegeben sein, wenn wegen des Getrenntlebens von beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen den berücksichtigungsfähigen Personen die Beihilfestellung durch die beihilfeberechtigte Person nicht zuzumuten ist. <sup>3</sup>Das kann z. B. der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass die beihilfeberechtigte Person die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Personen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Personen gewährten Beihilfen nicht zweckentsprechend einsetzt.

#### 51.7 **Zu Absatz 7**

51.7.1 Die Antragsgrenze von 200 Euro gilt nicht, wenn die beihilfeberechtigte Person aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

51.7.2 <sup>1</sup>Zu Vermeidung von Härten kann die Festsetzungsstelle Ausnahmen von der Antragsgrenze zulassen. <sup>2</sup>Mit dieser Regelung werden die Festsetzungsstellen in die Lage versetzt, im Rahmen einer Einzelfallprüfung oder für bestimmte Personengruppen festzulegen, ob insbesondere unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht ein Abweichen von der Antragsgrenze angezeigt ist.

#### 51.8 **Zu Absatz 8**

<sup>1</sup>Beihilfeberechtigten Personen können insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden. <sup>2</sup>Dabei ist es ausreichend, wenn durch Unterlagen, z. B. Kostenvoranschläge der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers dokumentiert wird, dass eine hohe Belastung vor der Beihilfebeantragung entsteht (z. B. Kauf eines Hilfsmittels mit einer sofort zu begleichenden Rechnung). <sup>3</sup>Einzahlungsbelege als Grundlage für eine Abschlagszahlung sind nicht erforderlich.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

### **Zu § 52 – Zuordnung der Aufwendungen**

- 52.1 Die Zuordnung der Aufwendungen bestimmt den für die Aufwendungen anzusetzenden Beihilfebemessungssatz.
- 52.2 <sup>1</sup>Nach Nummer 4 sind nur die Aufwendungen für das gesunde Neugeborene der Mutter zugeordnet. <sup>2</sup>Darüber hinausgehende Aufwendungen, die durch eine Erkrankung des Kindes entstehen, sind davon nicht erfasst; diese Aufwendungen sind dem Kind zuzuordnen.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

**Zu § 53 – (weggefallen)**

[←zurück](#)

## **Zu § 54 – Antragsfrist**

### **54.1 Zu Absatz 1**

54.1.1 <sup>1</sup>Bei Versäumnis der Antragsfrist ist auf Antrag eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen nach § 32 VwVfG vorliegen. <sup>2</sup>Das gilt auch in den Fällen des § 51 Absatz 6 BBhV.

54.1.1.1 Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist danach zu gewähren, wenn die Antragsfrist durch Umstände versäumt worden ist, die die beihilfeberechtigte Person nicht zu verantworten hat.

54.1.1.2 Innerhalb von zwei Wochen nach dem Wegfall des Hindernisses ist sowohl der Beihilfeantrag nachzuholen als auch glaubhaft zu machen, dass weder die beihilfeberechtigte Person noch ihr Vertreter das Fristversäumnis zu vertreten hat.

54.1.1.3 <sup>1</sup>Ein Jahr nach Beendigung der versäumten Frist kann die Wiedereinsetzung nur dann beantragt werden, wenn dies vor Ablauf dieser Frist auf Grund höherer Gewalt unmöglich war. <sup>2</sup>Höhere Gewalt liegt nur dann vor, wenn das Fristversäumnis auf ungewöhnlichen und unvorhersehbaren Umständen beruht und deren Folgen trotz aller Sorgfalt nicht hätten vermieden werden können.

54.1.2 <sup>1</sup>Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 95 SGB VIII, § 93 SGB XII oder § 27g BVG einen Beihilfeanspruch geltend machen. <sup>2</sup>Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er der beihilfeberechtigten Person zusteht, auf den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge über. <sup>3</sup>Eine Überleitung nach § 95 SGB VIII, § 93 SGB XII oder § 27g BVG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für die beihilfeberechtigte Person selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für ihre nicht getrennt lebenden Ehegattin, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten, ihrer nicht getrennt lebenden Lebenspartnerin oder ihren nicht getrennt lebenden Lebenspartner oder für die berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) der beihilfeberechtigten Person entstanden sind. <sup>4</sup>In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.

54.1.3 <sup>1</sup>Leitet der Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge nicht über, sondern nimmt die beihilfeberechtigte Person nach § 19 Absatz 5 SGB XII oder § 81b BVG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur die beihilfeberechtigte Person den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist zulässig. <sup>2</sup>Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den

Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist ausgeschlossen (zur Abtretung siehe hierzu Nummer 10.1.3).

- 54.1.4 <sup>1</sup>Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von § 51 Absatz 3 Satz 2 vor, wenn die Rechnung
- den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),
  - die Leistungsempfängerin oder den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
  - die Art (z. B. Pflege, Heilmittel) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
  - die Kosten der Leistung
- enthält. <sup>2</sup>Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. <sup>3</sup>Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Trägers der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. <sup>4</sup>In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

#### 54.2 **Zu Absatz 2**

Die Vorschrift soll beihilfeberechtigten Personen mit ausländischem Dienstort von Erschwernissen entlasten, die auf den Besonderheiten des dienstlichen Einsatzes beruhen (z. B. längere Postlaufzeiten).

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 55 – Geheimhaltungspflicht**

<sup>1</sup>Abweichend von der Pflicht zur Geheimhaltung personenbezogener Daten, die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt werden, ist die Weitergabe dieser Daten gemäß § 108 Absatz 2 BBG erlaubt, wenn sie erforderlich sind für die Einleitung oder Durchführung eines im Zusammenhang mit einem Beihilfeantrag stehenden behördlichen oder gerichtlichen Verfahrens, zur Abwehr erheblicher Nachteile für das Gemeinwohl, einer sonst unmittelbar drohenden Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Rechte einer anderen Person oder wenn die betroffene Person im Einzelfall eingewilligt hat. <sup>2</sup>Zudem gestattet § 108 Absatz 4 BBG, bestimmte anspruchsbegründende und anspruchshemmende in der Person des Beamten oder seiner Familienangehörigen liegende Daten, die für die Festsetzung und Rechnung der Besoldungs- und Versorgungsbezüge und zur Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich sind, zu nutzen bzw. an die zuständige Behörde zu übermitteln.

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

## **Zu § 56 – Festsetzungsstellen**

### **56.0 Allgemein**

- 56.0.1 Werden beihilfeberechtigte Personen innerhalb des Bundesdienstes abgeordnet, verbleibt es bei der Zuständigkeit der bisherigen Festsetzungsstelle.
- 56.0.2 Werden beihilfeberechtigte Personen zu einer Dienststelle außerhalb der Bundesverwaltung abgeordnet, bleibt die bisherige Festsetzungsstelle weiterhin zuständig.
- 56.0.3 Werden Beamtinnen und Beamte eines anderen Dienstherrn in den Bundesdienst abgeordnet, bleibt der bisherige Dienstherr für die Beihilfegewährung weiterhin zuständig.
- 56.0.4 Die abgebenden und die aufnehmenden Dienstherrn können von den Nummern 56.0.1 bis 56.0.3 abweichende Regelungen treffen.
- 56.0.5 Mit der Wirksamkeit der Versetzungsverfügung ist die aufnehmende Behörde für die Beihilfegewährung zuständig.
- 56.0.6 Verlegt eine beihilfeberechtigte Person ihren Wohnsitz aus privaten Gründen ins Ausland, bleibt die für sie zuständige Festsetzungsstelle ggf. bis zu einer anderen Entscheidung der obersten Dienstbehörde weiterhin zuständig.
- 56.0.7 <sup>1</sup>Soweit nicht bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts ausnahmsweise eigene Dienstherreneigenschaft besitzen, ist Dienstherr der Bund (§ 2 BBG). <sup>2</sup>Insoweit kann die Beihilfebearbeitung auch Festsetzungsstellen des Bundes außerhalb des eigenen Ressorts übertragen werden.

56.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

56.2 **Zu Absatz 2**  
(unbesetzt)

56.3 **Zu Absatz 3**  
(unbesetzt)

[→ nach oben](#)

[←zurück](#)

**Zu § 57 – (weggefallen)**



[←zurück](#)

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

### **Zu § 58 – Übergangsvorschriften**

58.1 **Zu Absatz 1**  
(unbesetzt)

58.2 **Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Nach § 4 Absatz 1 Satz 3 werden im Ausland erzielte Einkünfte der Ehegattin, der Lebenspartnerin, des Ehegatten oder des Lebenspartners einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 (dienstlichem Wohnsitz im Ausland) nicht berücksichtigt. <sup>2</sup>Das gilt auch bei der Prüfung, ob die Ehegattin, die Lebenspartnerin, der Ehegatte oder der Lebenspartner von dieser Übergangsvorschrift erfasst wird.

58.3 **Zu Absatz 3**

58.3.1 Diese Übergangsregelung trifft nur auf die berücksichtigungsfähigen Kinder einer beihilfeberechtigten Person zu, die tatsächlich im Wintersemester 2006/2007 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschrieben waren, solange das Studium andauert.

58.3.2 <sup>1</sup>Die Übergangsregelung ist auch weiter anzuwenden, wenn nach einem Bachelorabschluss ein anschließender Studiengang zum Master erfolgt. <sup>2</sup>Wartesemester und vorgeschriebene studienbegleitende Maßnahmen wie z. B. Praktika sind unschädlich, wenn während dieser Zeit keine versicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen wurde oder eine ununterbrochene Immatrikulation nachgewiesen wird.

58.3.3 Die Anwendung der Übergangsregelung führt nicht zu einer Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 46 Absatz 3 für die beihilfeberechtigte Person.

58.4 **Zu Absatz 4**  
(unbesetzt)

58.5 **Zu Absatz 5**  
(unbesetzt)

58.6 **Zu Absatz 6**  
(unbesetzt)

58.7 **Zu Absatz 7**

[→ nach oben](#)

**Zu § 59 – Inkrafttreten**  
(unbesetzt)

[←zurück](#)

### **Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Juli 2017 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Juni 2013 (GMBI S. 721) außer Kraft.

Berlin, den 26. Juni 2017  
D 6 - 30111/1#2  
Der Bundesminister des Innern  
Im Auftrag

Hollah

[←zurück](#)

**Anhang 1**  
(zu den Nummern 5.5 und 46.3)

Absender Festsetzungsstelle

---

Festsetzungsstelle der Ehegattin / des Ehegatten /  
der Lebenspartner / des Lebenspartners

**Mitteilung zum Bezug von Beihilfen für berücksichtigungsfähige Kinder  
und des erhöhten Bemessungssatzes (§§ 4, 5 und 46 BBhV)**

1. Beihilfeberechtigte Person

---

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

---

Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

---

2. Ehegatte/Lebenspartner

---

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

---

Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

---

Die unter 1. genannte beihilfeberechtigte Person erhält für folgende berücksichtigungsfähige Kinder Beihilfen und – bei zwei und mehr Kindern – den erhöhten Bemessungssatz (§ 5 Absatz 4 und § 46 Absatz 3 BBhV)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Formblätter zum Verfahren bei ambulanter Psychotherapie**  
**Formblatt 1 (zu Nummer 18a.4.2)**

**Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**

**I. Pseudonymisierungscode der beihilfeberechtigten Person**

Ich beantrage die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

Ort, Datum .....  
(Unterschrift der beihilfeberechtigten Person)

**II. Auskunft für die Patientin / den Patienten**

A. Wer wird behandelt?

(beihilfeberechtigte Person / Ehegattin / Ehegatte / Lebenspartnerin / Lebenspartner / Tochter / Sohn)

Alter:

B. Schweigepflichtentbindung

Ich .....

- ermächtigte Frau / Herrn

.....,

der Fachgutachterin / dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben,

- entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht der Ärztin / des Arztes oder der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt) und
- bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin / der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Ort, Datum.....  
Unterschrift der Patientin / des Patienten oder  
der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters

## Bescheinigung der Therapeutin / des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose
----------

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- Erstbehandlung     Verlängerung/Folgebehandlung  
 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
 analytische Psychotherapie  
 Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

- ja             nein

wenn ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

Anzahl der Einzelsitzungen \_\_\_\_    Anzahl der Gruppensitzungen \_\_\_\_

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

- ja                     nein            Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_

6. Gebührenscheine:

Gebühr je Sitzung \_\_\_\_\_

## Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. **Ärztinnen und Ärzte** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin  
 Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

verliehen:                     **vor** dem 1. April 1984

**nach** dem 1. April 1984

- Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
 Schwerpunkt Verhaltenstherapie  
 Bereichsbezeichnung Psychoanalyse

Eine Berechtigung zur Behandlung

- in Gruppen
- von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

- Eine Berechtigung zur Anwendung der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung nach Abschnitt 5 Nummer 1 oder Nummer 3 liegt vor.

**2. Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

2.1 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Datum der Approbation \_\_\_\_\_ als

- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 Absatz 3 Nummer 1 PsychThG und entsprechend Abschnitt 3 Nummern 2, 3 und 4, Abschnitt 4 Nummer 2 sowie Abschnitt 5 Nummer 2 und 3 der Anlage 3 zur BBhV vor?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

bei

Erwachsenen, bei  Kindern

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG)

\_\_\_\_\_

Liegt:

- a) eine KV-Zulassung vor? ja  nein   
KV-Zulassungsnummer: \_\_\_\_\_, bei welcher KV? \_\_\_\_\_
- b) ein Eintrag in das Arztregister vor? ja  nein   
bei welcher KV? \_\_\_\_\_

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

\_\_\_\_\_

2.2 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation \_\_\_\_\_ als

- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: \_\_\_\_\_, bei welcher KV? \_\_\_\_\_

Ggf. Eintragung in das Arztregister bei KV \_\_\_\_\_

Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit Abschnitt 3 Nummern 3, 4 und 6, Abschnitt 4 Nummer 3 sowie Abschnitt 5 Nummern 2 und 3 der Anlage 3 zur BBhV und § 95c Satz 2 Nummer 3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben:

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

bei

Erwachsenen, bei  Kindern

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31. Dezember 1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut:

ja  nein

für

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und
- analytische Psychotherapie,
- Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes: \_\_\_\_\_

Datum des Abschlusses: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

(Unterschrift und Stempel der Therapeutin oder des Therapeuten)



## Formblatt 2 (zu Nummer 18a.4.2)

Absender:.....  
(Name und Anschrift der Therapeutin oder des Therapeuten)

**Bericht** Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten farbigen Umschlag an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin / den Gutachter zu übersenden.

an die Gutachterin oder den Gutachter zum Antrag

### auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

#### I. Angaben über die Patientin oder den Patienten

Pseudonymisierungscode (von der Festsetzungsstelle vorgegeben)	Fa-
milienstand	

Alter	Geschlecht	Beruf
-------	------------	-------

#### II. Angaben über die Behandlung

1. Art der vorgesehenen Therapie:  
.....

2. Datum des Therapiebeginns:  
.....

3. Anzahl und Frequenz der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen:  
.....

4. Anzahl und Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen (insgesamt und wöchentlich):  
.....

#### III. Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie

##### Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (K+J)

##### Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

1. **Spontanangaben** der Patientin / des Patienten zu ihrem / seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin / des Patienten (bei K+J auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer / psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlussbericht beifügen.
2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung / Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei K+J auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts.

Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).

3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung?
4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin oder des Patienten in ihrer oder seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei K+J auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, sofern sie die Psychodynamik plausibel macht.
5. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biographie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.  
  
Bei K+J: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ich-Defekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.
6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.
7. **Behandlungsplan:** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und unter Darlegung realisierbar erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. Es muss in jedem Fall ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.
8. **Prognostische Einschätzung:** bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der Patientin / des Patienten und ihrer / seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung sowie seiner Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei K+J auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin / des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

### **Bericht zum Fortführungsantrag**

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.
  2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei K+J auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin oder des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der Patientin / des Patienten, ihre / seine Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei K+J Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
  3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin / des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten des Patienten, seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.
  4. Änderungen des Therapieplanes mit Begründung.
  5. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin / des Patienten und unter Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.
- IV. Bericht der Therapeutin / des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie**

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Beschwerden der Patientin / des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten ggf. auch Bericht der Angehörigen / Bezugspersonen der Patientin / des Patienten. (Warum kommt die Patientin / der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)
2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin / des Patienten und Krankheitsanamnese:**
  - a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
  - b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
  - c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
  - d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant / stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

Bei einer Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.
3. **Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)
  - a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
  - b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
  - c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).
4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung?
5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.

Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.

Beschreibung von Verhaltensaktiva und von bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik der Patientin / des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.
6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose auf Grund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.
7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.
8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

### Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1 bis 3 und 5 des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der

Angehörigen der Patientin / des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.

2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit der Patientin / des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.
3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen der Patientin / des Patienten.

....., den .....

(Stempel und Unterschrift  
der Therapeutin oder des Therapeuten)

**Formblatt 3 (zu Nummer 18a.4.2)**

Pseudonymisierungscode

**Konsiliarbericht\*)**

**vor Aufnahme  
einer Psychotherapie  
auf Veranlassung von:**

\_\_\_\_\_  
*Name der Therapeutin ~~oder~~ / des Therapeuten*

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

<b>Art der Maßnahme</b>
-------------------------

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

--

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

--

--

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

--

--

Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stationär / ambulant (z. B. laufende Medikation):

--

--

Befunde, die eine ärztliche / ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

--

--

Befunde, die eine psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

--

Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist

erfolgt

veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich -veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

Bestehen auf Grund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Ausfertigung für die Therapeutin oder den Therapeuten

\*) Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.

**Formblatt 4 (zu Nummer 18a.4.5)**

(Festsetzungsstelle)

┌

┐

(Anschrift der Gutachterin oder des Gutachters)

└

┘

Beihilfe

Psychotherapie-Gutachten

**Anlagen:**

- 1 Antrag
- 1 Bericht der Therapeutin / des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
- 1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 5 – dreifach)
- 1 Freiumschlag

Sehr geehrte Frau / Sehr geehrter Herr,

ich bitte um Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

für .....

Pseudonymisierungscode

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit und Entbindung von der Schweigepflicht ist der Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag beigelegt.

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

(Gutachten vom ..... Anzahl der Sitzungen .....

Name der Gutachterin oder des Gutachters

.....)<sup>\*)</sup>

Ich bitte Sie, mir Ihr Gutachten in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 5 sowie eine Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

---

<sup>\*)</sup> Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

**Formblatt 5 (zu Nummer 18a.4.5)**

Psychotherapie-Gutachten

für .....

Pseudonymisierungscode

Auftragsschreiben vom

**Stellungnahme:**

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?

1. für die Patientin oder den Patienten

2. für die begleitende Psychotherapie der Bezugsperson

Einzelsitzungen	Gruppensitzungen

.....  
(Stempel und Unterschrift der Gutachterin oder des Gutachters)





