

Der Senat von Berlin
SenFin IV D 26 -P 6410-1/2021
Tel.: 030(9(0)20 - 4418

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über

Senatskanzlei - G Sen -

V o r l a g e

- zur Kenntnisnahme -

gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
über Fünfte Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung

Wir bitten, gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin zur Kenntnis zu nehmen, dass
der Senat die nachstehende Verordnung erlassen hat:

Fünfte Verordnung
zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung
Vom 13. Januar 2026

Auf Grund des § 76 Absatz 6 des Landesbeamtengesetzes vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 10. Juli 2025 (GVBl. S. 270) geändert worden ist, verordnet der Senat:

Artikel 1
Änderung der Landesbeihilfeverordnung

Die Landesbeihilfeverordnung vom 8. September 2009 (GVBl. S. 436), die zuletzt durch Verordnung vom 7. Dezember 2021 (GVBl. S. 1354) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angaben zu den §§ 18 und 18a werden wie folgt gefasst:

„§ 18 Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen
§ 18a Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren,
Verhaltenstherapie und Systemische Therapie“.

b) Nach der Angabe zu § 20 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 20a Systemische Therapie“.

c) Die Angabe zu § 22 wird wie folgt gefasst:

„§ 22 Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte“.

d) Die Angabe zu § 24 wird wie folgt gefasst:

„§ 24 Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen“.

e) Nach der Angabe zu § 25 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 25a Digitale Gesundheitsanwendungen“.

f) Die Angaben zu den §§ 26 und 26a werden durch die folgenden Angaben ersetzt:

„§ 26 Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern

§ 26a Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern
§ 26b Übergangspflege im Krankenhaus“.

- g) Nach der Angabe zu § 27 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 27a Außerklinische Intensivpflege“.

- h) Die Angabe zu § 38c wird wie folgt gefasst:

„§ 38c Verhinderungspflege, Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson“.

- i) Die Angabe zu § 38g wird wie folgt gefasst:

„§ 38g Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen“.

- j) Die Angabe zu § 39a wird wie folgt gefasst:

„§ 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe“.

- k) Nach der Angabe zu § 40 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 40a Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“.

- l) Die Angabe zu § 43 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:

„§ 43 Künstliche Befruchtung
§ 43a Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch“.

- m) Die Angabe zu § 45b wird wie folgt gefasst:

„§ 45b Klinisch-epidemiologisches Krebsregister Brandenburg-Berlin“.

- n) In der Angabe zu Anlage 1 wird nach der Angabe „Absatz 2“ die Angabe „Satz 2“ eingefügt.

- o) Die Angaben zu den Anlagen 4 bis 6 werden wie folgt gefasst:

„Anlage 4 (weggefallen)
Anlage 5 (weggefallen)

Anlage 6 (weggefallen)“.

p) Die Angaben zu den Anlagen 12a und 13 werden durch folgende Angabe ersetzt:

„Anlage 13 (zu § 41 Absatz 4) Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko“.

2. In dem Satzteil vor § 2 Absatz 1 Nummer 1 wird das Wort „anderes“ durch das Wort „Anderes“ ersetzt.

3. Dem § 4 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Der Betrag nach Satz 1 wird im gleichen Verhältnis, wie sich der aktuelle Rentenwert nach § 1 Absatz 1 der Rentenwertbestimmungsverordnung in der jeweils geltenden Fassung erhöht, angepasst und auf volle Euro abgerundet. Die Anpassung erfolgt mit Wirkung für das auf das Inkrafttreten der Rentenwertbestimmungsverordnung folgende Kalenderjahr. Die für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständige Senatsverwaltung gibt den jeweils angepassten Betrag anlassbezogen durch Rundschreiben bekannt. Sind zum Zeitpunkt der Antragstellung die Aufwendungen einer nach § 4 Absatz 1 berücksichtigungsfähigen Person nicht mehr beihilfefähig, ist auf den Zeitpunkt nach § 2 Absatz 1 abzustellen.“

4. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden nach dem Wort „Dienstverhältnis“ die Wörter „oder ein Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Beihilfeberechtigung aus einem neuen Dienstverhältnis schließt die Beihilfeberechtigung aus einem bereits bestehenden Dienstverhältnis aus.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2 Satz 1 gelten nicht, wenn eine berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1, deren Aufwendungen auch nach § 4 Absatz 1 beihilfefähig sind,

1. mit einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 in häuslicher Gemeinschaft am Auslandsdienstort lebt und
2. auf den eigenen Anspruch aus der Beihilfeberechtigung verzichtet.

Der Verzicht ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.“

- c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.
 - d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und in dem Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „3“ durch die Angabe „4“ ersetzt.
 - e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.
5. Dem § 6 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
- „Bei der Erbringung medizinischer Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien sind Aufwendungen für die Beschaffung, den Betrieb oder die technische Anbindung der Endgeräte und Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen nicht beihilfefähig. Satz 3 gilt nicht für Aufwendungen für Geräte und deren Betrieb, die ausschließlich für eine medizinische Behandlung notwendig sind.“
6. In § 7 Satz 3 wird nach der Angabe „§§“ die Angabe „22,“ eingefügt.
7. § 8 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 5 wird das Komma am Ende durch das Wort „sowie“ ersetzt.
 - bb) In Nummer 6 wird das Wort „, und“ durch einen Punkt ersetzt.
 - cc) Nummer 7 wird aufgehoben.
 - b) In Absatz 3 werden nach den Wörtern „Heilmittel sowie“ die Wörter „gesondert ausgewiesene“ eingefügt.
 - c) Absatz 4 Satz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 werden die Wörter „§ 10 Absatz 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf Bezug nehmenden Vorschriften“ durch die Wörter „den Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder nach Kapitel 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes“ ersetzt.

- bb) In Nummer 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.
- cc) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „und“ ersetzt.
- dd) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1, die mit einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person am Auslandsdienstort in häuslicher Gemeinschaft leben und dort auf Grund einer eigenen Berufstätigkeit entweder pflichtversichert sind oder einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben.“

8. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Dies gilt nicht für Leistungen an beihilfeberechtigte Personen, die dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören.“

- b) Absatz 3 Satz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 1 werden die Wörter „§ 10 Absatz 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen“ durch die Wörter „den Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder nach Kapitel 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes“ ersetzt.

- bb) In Nummer 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
- cc) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
- dd) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. Leistungsansprüche berücksichtigungsfähiger Personen nach § 4 Absatz 1, die mit einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person am Auslandsdienstort in häuslicher Gemeinschaft leben und dort auf Grund einer eigenen Berufstätigkeit entweder pflichtversichert sind oder einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben.“

9. In § 11 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ ersetzt.

10. In § 12 Satz 3 wird das Wort „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen“ durch das Wort „Dienstunfähigkeitsbescheinigungen“ ersetzt.
11. § 15a Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 wird das Komma am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
 - b) In Nummer 3 wird das Wort „, und“ durch einen Punkt ersetzt.
 - c) Nummer 4 wird aufgehoben.
12. § 18 wird wie folgt gefasst:

„§ 18

Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen

(1) Aufwendungen für die folgenden psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 sowie der §§ 18a bis 21 beihilfefähig:

1. gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung,
2. probatorische Sitzungen,
3. psychotherapeutische Akutbehandlung,
4. Psychotherapie in den Behandlungsformen der psychoanalytisch begründeten Verfahren, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie sowie
5. psychosomatische Grundversorgung.

(2) Aufwendungen für die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach Absatz 1 Nummer 1 sind je Krankheitsfall für bis zu vier Sitzungen in Einheiten von 100 Minuten beihilfefähig. Die Sitzungen können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtanzahl der Sitzungen durchgeführt werden. Darüber hinaus sind unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zusätzlich bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für bis zu fünf probatorische Sitzungen nach Absatz 1 Nummer 2, bei sich anschließender analytischer Psychotherapie für bis zu acht probatorische Sitzungen, sind beihilfefähig, auch wenn Bezugspersonen einbezogen werden. Die probatorische Sitzung umfasst als Einzelbehandlung 50 Minuten und als Gruppenbehandlung 100 Minuten. Probatorische Sitzungen als Gruppenbehandlung können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtanzahl der Sitzungen durchgeführt werden. Darüber hinaus sind bei Personen, die

das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zwei zusätzliche probatorische Sitzungen beihilfefähig. Probatorische Sitzungen sind nicht auf die beihilfefähigen Kontingente der Behandlungen von Kurz- oder Langzeittherapien anzurechnen.

(4) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung nach Absatz 1 Nummer 3 als Einzeltherapie sind je Krankheitsfall für bis zu 24 Behandlungen in Einheiten von mindestens 25 Minuten beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Aufwendungen für bis zu 30 Behandlungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung je Krankheitsfall als Einzeltherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig. Soll sich an die psychotherapeutische Akutbehandlung eine Behandlung nach den §§ 19 bis 20a anschließen, ist § 18a Absatz 3 zu beachten. Die Anzahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20a anzurechnen.

(5) Vor einer psychotherapeutischen Behandlung nach Absatz 1 Nummer 4 muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen erfolgen.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach Absatz 4 und den §§ 19 bis 21 sowie
2. Leistungen nach Anlage 3 Abschnitt 1.“

13. § 18a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 18a
Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren,
Verhaltenstherapie und Systemische Therapie“.**

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden nach den Wörtern „und von“ die Wörter „in der Regel“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Eine Gruppenbehandlung kann auch mit einer Behandlungsdauer von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtanzahl der Sitzungen durchgeführt werden.“

- c) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht“ durch das Wort „den“ ersetzt.
- d) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
- „(5) Festsetzungsstellen können auf die Einholung eines Gutachtens im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 verzichten, wenn sichergestellt ist, dass sie selbst in der Lage sind, Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung festzustellen.“
- e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine genehmigungsfreie Kurzzeittherapie unter Einbeziehung einer Bezugsperson mit bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig.“
- bb) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „20“ durch die Angabe „20a“ ersetzt.
14. In § 19 Absatz 1 Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „(Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte)“ gestrichen.
15. § 20 wird wie folgt geändert:
- a) In § 20 Absatz 1 werden die Wörter „(Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte)“ gestrichen.
- b) Absatz 3 wird aufgehoben.
- c) Absatz 4 wird Absatz 3.
16. Nach § 20 wird folgender § 20a eingefügt:

**„§ 20a
Systemische Therapie**

(1) Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in folgendem Umfang, auch als Behandlung der Patientin oder des Patienten zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonenbehandlung), beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	36 Sitzungen	36 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 12 Sitzungen	weitere 12 Sitzungen

(2) § 19 Absatz 3 gilt entsprechend.“

17. In § 21 Absatz 1 Nummer 2 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 erster Halbsatz wird jeweils das Wort „Relaxationstherapie“ durch die Wörter „progressive Muskelrelaxation“ ersetzt.
18. § 22 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 22
Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte“.**

- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In dem Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „schriftlich“ gestrichen.
- bb) In Nummer 4 werden die Wörter „nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes“ durch die Wörter „im Sinne des Medizinprodukterechts“ und die Angabe „4“ durch die Wörter „V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009 (BANz. Nr. 49a Beilage), die zuletzt durch Beschluss vom 21. August 2025 (BANz. AT 25.09.2025 B3) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.
- c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
- „1. Arzneimittel, die in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannt sind, es sei denn, dass das jeweilige Arzneimittel im Einzelfall nicht zur Behandlung in dem für dieses Arzneimittel in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Anwendungsbereich, sondern zur Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung, die eine Krankheit ist, eingesetzt wird und
- a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder

- b) die anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,“
- bb) In Nummer 3 zweiter Halbsatz wird die Angabe „20“ durch die Angabe „22“ ersetzt.
- cc) In Nummer 4 werden nach dem Wort „Versandkosten“ ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht für Aufwendungen von Botendienstzuschlägen in Höhe von 2,50 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je Lieferort und Tag bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken“ eingefügt.
- d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für Arzneimittel, für die Festbeträge nach § 35 Absatz 3, 5 und 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt sind, sind nur bis zur Höhe der Festbeträge beihilfefähig, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 35 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf seiner Internetseite (www.bfarm.de) veröffentlicht. Aufwendungen für Arzneimittel nach Satz 1 sind über den Festbetrag hinaus beihilfefähig, wenn die Arzneimittel

 1. in medizinisch begründeten Einzelfällen verordnet worden sind oder
 2. in Richtlinien nach § 129 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmt sind.“

19. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Aufwendungen für Ergotherapie und für bei der Anwendung von Ergotherapie verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der Anlagen 7 und 8 auch beihilfefähig, wenn die Ergotherapie durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten verordnet wird.“
- b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und die Wörter „ärztlicher oder zahnärztlicher“ werden gestrichen.

20. § 24 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 24

Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „und pauschal berechnet“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.“

c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Aufwendungen für Leistungen psychiatrischer oder psychosomatischer Institutsambulanzen sind entsprechend § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig bis zur Höhe der Vergütungen, 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.“

d) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

e) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und nach dem Wort „Krankenversicherung“ werden die Wörter „oder den Beihilfeträgern“ eingefügt.

f) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Bei chronisch Kranken oder schwerstkranken Personen, die das 14., in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen beihilfefähig, wenn die Maßnahmen

1. durchgeführt werden im Anschluss an

a) eine Behandlung in einem Krankenhaus, das nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen ist,

b) eine Behandlung in einem Krankenhaus, das die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen ist, oder

- c) eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder 3 und

2. erforderlich sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.“

21. § 25 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen Gegenstandes im Sinne des Satzes 1 sind auch ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn der Ersatzgegenstand in derselben oder einer gleichwertigen Ausführung wie der unbrauchbar gewordene oder verloren gegangene Gegenstand beschafft wird und die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten nach der Anschaffung erfolgt.“

- b) In Absatz 3 werden die Wörter „und diese sich dadurch erübrigt“ gestrichen.

- c) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 bei Aufwendungen von mehr als 600 Euro mit Zustimmung der für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständigen Senatsverwaltung, die bei Aufwendungen von mehr als 1 200 Euro im Vorfeld das Einvernehmen erteilen muss.“

- d) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der die Gefahr einer Infektion durch Stichverletzungen, insbesondere durch Blutentnahmen und Injektionen, besteht oder angenommen werden kann.“

22. Nach § 25 wird folgender § 25a eingefügt:

**„§ 25a
Digitale Gesundheitsanwendungen**

(1) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig wenn die digitalen Gesundheitsanwendungen

1. in dem beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen, das nach § 139e Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemacht und auf der Internetseite <https://diga.bfarm.de> veröffentlicht wird, aufgeführt sind und
2. von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten verordnet worden sind.

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten für die Standardversion der digitalen Gesundheitsanwendung, sofern nicht aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht die Notwendigkeit einer erweiterten Version schriftlich oder elektronisch begründet wurde. Aufwendungen für Zubehör der digitalen Gesundheitsanwendung sind beihilfefähig, wenn das Zubehör ausschließlich für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung zwingend erforderlich ist.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

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

23. § 26 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Krankenhausleistungen“ durch das Wort „Behandlung“ ersetzt.
- b) In Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b werden die Wörter „der Kosten eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro“ durch die Wörter „von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist,“ ersetzt.

24. § 26a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 26a
Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern“.**

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Nummern 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„1. bei Indikationen, die in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden,

- a) die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalen-Katalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Zugrundelegung des zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden, einheitlichen Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 Satz 5 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt,
- b) die nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgegliederten Pflegepersonalkosten, und zwar für jeden Belegungstag die maßgebliche Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multipliziert mit dem in § 15 Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Betrag, und
- c) Zusatzentgelte bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesenen Höhe,

2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in psychosomatischen Einrichtungen abgerechnet werden,

- a) das nach Anlage 1a oder 2a des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-Entgeltkatalog) berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 Euro,
- b) Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs ausgewiesenen Beträgen und

- c) ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes von 300 Euro;

maßgebend ist die jeweils geltende, auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (www.g-drg.de) veröffentlichte Fassung des PEPP-Entgeltkatalogs,“

- bb) In Nummer 3 werden die Angabe „1,5“ durch die Angabe „1,2“ ersetzt und die Wörter „abzüglich 14,50 Euro“ gestrichen.

25. Nach § 26a wird folgender § 26b eingefügt:

**„§ 26b
Übergangspflege im Krankenhaus**

Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus sind für zehn Tage je Krankenhausbehandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft.“

26. § 27 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „ärztlicher Verordnung medizinisch“ durch die Wörter „Bescheinigung durch eine Verordnerin oder einen Verordner im Sinne des Absatzes 2“ ersetzt und nach den Wörtern „sind und“ das Wort „wenn“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Angemessen im Sinne des Satzes 1 sind Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen Entgelts einer Pflegekraft der öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger, die für die häusliche Krankenpflege in Betracht kommen. Sofern das Entgelt für Pflegekräfte nicht tariflich geregelt ist, sind Aufwendungen im Sinne des Satzes 1 bis zur Höhe von 110 Prozent des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch angemessen. Bis zur jeweiligen Höhe nach Satz 2 und 3 sind auch Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft, die die Verordnerin oder der Verordner für geeignet erklärt, beihilfefähig. Liegt ein sachlicher Grund vor, sind auch Aufwendungen beihilfefähig, die ihrer Höhe nach über der Höhe nach Satz 3 liegen.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Verordnerin oder Verordner ist

1. im Rahmen der häuslichen Krankenpflege oder Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit der Arzt oder die Ärztin,
2. im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
 - a) die Fachärztin für Nervenheilkunde oder der Facharzt für Nervenheilkunde,
 - b) die Fachärztin für Neurologie oder der Facharzt für Neurologie,
 - c) die Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - d) die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - e) die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
 - f) die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut,
 - g) die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
 - h) die Fachärztin mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder der Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und folgender Satz wird angefügt:

„Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen in den in § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht und die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben der Einrichtungen oder Räumlichkeiten gehört.“

d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird das Wort „ärztliche“ durch die Wörter „durch eine Verordnerin oder einen Verordner im Sinne des Absatzes 2 ausgestellte“ ersetzt.

- bb) In Satz 2 wird die Angabe „2“ durch die Angabe „3“ ersetzt.
 - e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und in dem Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2 und 3“ durch die Angabe „3 und 4“ ersetzt.
 - f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und das Wort „ärztlich“ wird durch die Wörter „durch eine Verordnerin oder einen Verordner im Sinne des Absatzes 2“ ersetzt.
 - g) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.
27. Nach § 27 wird folgender § 27a eingefügt:

**„§ 27a
Außerklinische Intensivpflege**

(1) Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege kann nachgewiesen werden durch

1. eine ärztliche Verordnung, aus der, zum Beispiel aus den Angaben zur Dauer und zum notwendigen Umfang der medizinischen Behandlungspflege, der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, insbesondere der Bedarf zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, hervorgeht oder
2. die Feststellung eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder die Postbeamtenkasse.

Spätestens zwölf Monate nach einer Erstaussstellung oder einer Folgeausstellung ist ein erneuter Nachweis nach Satz 2 Nummer 1 oder 2 zu erbringen.

(2) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind unter Anrechnung des von der Pflegekasse nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch jeweils übernommenen Leistungsbetrags Aufwendungen beihilfefähig für

1. die Pflege und die Betreuung,
2. die medizinische Behandlungspflege nach § 43 Absatz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
3. die betriebsnotwendigen Investitionskosten und
4. die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Nach dem Wegfall eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege sind Aufwendungen in dem nach Satz 1 beihilfefähigen Umfang weiterhin beihilfefähig, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.

(3) Die in den §§ 27 und 39 genannten Aufwendungen sind nicht neben den in den Absätzen 1 und 2 genannten Aufwendungen beihilfefähig.“

28. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße“ durch die Wörter „bis zur Höhe des 1,17-fachen Betrages des sich aus § 1 Absatz 2 des Mindestlohngesetzes ergebenden Mindestlohns“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 2 wird jeweils die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

29. § 30a Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Der Nummer 1 wird folgende Nummer 1 vorangestellt:
„1. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,“
- b) Die bisherigen Nummern 1 und 2 werden die Nummern 2 und 3.
- c) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4 und wie folgt gefasst:
„4. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,“

30. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 bis 4 werden durch die folgenden Absätze 1 bis 5 ersetzt:
„(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten
 - 1. im Zusammenhang mit einer stationären Krankenbehandlung einschließlich einer vor- und nachstationären Krankenbehandlung,
 - 2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus,

3. anlässlich einer ambulanten Operation und damit in Zusammenhang stehenden Vor- oder Nachbehandlungen, jedoch nur dann, wenn dadurch eine stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden wird,
4. mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird,
5. zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung, wobei Gesundheitsvorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25, 25a und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes sowie die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz nach § 118a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen sind, oder
6. um ein untergebrachtes, schwer erkranktes Kind der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und bei dem zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind, zu besuchen.

Satz 1 gilt entsprechend für Fahrten, die durch Zahnärztinnen oder Zahnärzte oder durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nach § 28 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verordnet worden sind, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.

(2) Ohne ärztliche Verordnung sind Aufwendungen beihilfefähig für

1. Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
2. notwendige Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie,
3. Fahrten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Personen
 - a) mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, Bl oder H oder
 - b) der Pflegegrade 3 bis 5 oder

4. Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Festsetzungsstelle der Verlegung zugestimmt hat.

Ist der Anlass der Fahrt aus den Belegen heraus nicht ersichtlich, ist dieser auf andere Weise nachzuweisen.

(3) Angemessen sind nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und dem Ort der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort.

(4) Erstattet werden gemäß § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes:

1. bei Rettungsfahrten und -flügen sowie bei Fahrten mit Krankentransportwagen der nach dem jeweiligen Landes- oder Kommunalrecht berechnete Betrag; fehlt dieser, gilt § 6 Absatz 1, Absatz 3 Satz 3 und Absatz 5,
2. bei Benutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Kosten in Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse,
3. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten entsprechend § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes; bei gemeinsamer Fahrt einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person mit weiteren beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen mit einem Kraftfahrzeug sind die Fahrtkosten insgesamt nur einmal beihilfefähig,
4. bei Fahrten mit einem Taxi, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, die Kosten bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxenordnung berechneten Taxe.

(5) Nicht beihilfefähig sind

1. die Kosten für die Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise,
2. die Kosten für die Beförderung anderer Personen als der erkrankten beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,
3. die Kosten für andere als die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 genannten Besuchsfahrten,

4. die Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union, sofern hierzu das Aufenthaltsland verlassen wird.

Kosten nach Satz 1 Nummer 4 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn zwingende medizinische Gründe für Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union vorliegen. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die Erteilung der Zustimmung bedarf des Einvernehmens mit der für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständigen Senatsverwaltung.“

- b) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

31. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Satz 1“ die Angabe „oder § 111c“ eingefügt.

- b) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:

„(4) § 26 Absatz 1 Nummer 5, § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 2 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) Kosten für die Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderung sind beihilfefähig

1. bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 31 Absatz 4 Nummer 1,
2. bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den für Fahrten in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten,
3. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs in entsprechender Anwendung des § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
4. bei Benutzung eines Taxis nur, wenn der Festsetzungsstelle auf Grund einer ärztlichen Bestätigung die Notwendigkeit der Beförderung nachgewiesen wird und die Festsetzungsstelle die Aufwendungen vorher anerkannt hat,

5. bei Fahrten zu und von ambulanten Maßnahmen, wenn die Fahrten entweder durch die Rehabilitationseinrichtung selbst oder durch einen von ihr beauftragten Dienstleister durchgeführt werden, jedoch nicht mehr als 10 Euro pro Behandlungstag.“
 - c) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und die Wörter „Absatz 1 Nummer 2 und 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“ werden durch die Wörter „und § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2“ ersetzt.“
32. § 35 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „besteht“ ein Komma und die Wörter „oder in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 6 werden die Wörter „in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung“ durch die Wörter „entsprechend der auf der Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de) veröffentlichten Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.
 - cc) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständige Senatsverwaltung gibt anlassbezogen eine aktuelle Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte durch Rundschreiben bekannt.“
 - b) Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:

„(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 Satz 1 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig:

 1. Kosten für die Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderung
 - a) bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 31 Absatz 4 Nummer 1,

- b) bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
 - c) bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs nach § 31 Absatz 4 Nummer 3, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
 - d) bei Benutzung eines Taxis nur in Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 oder § 31 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 unter Beachtung des § 36 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4,
- 2. nachgewiesener Verdienstausschlag einer Begleitperson,
- 3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitperson,
- 4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
- 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 An- und Abreisetage, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
 - b) der Begleitperson bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage bis zur Höhe 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 An- und Abreisetage 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 An- und Abreisetage und
 - e) der Begleitperson bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage.

Aufwendungen für eine Begleitperson sind nur beihilfefähig, wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung aus einer ärztlichen Bescheinigung nach § 36 Absatz 1 Satz 2 hervorgeht; bei Personen bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr wird die medizinische Notwendigkeit der Begleitung unterstellt. Bei Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 sind nachgewiesene Fahrtkosten bis zu 10 Euro pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt beihilfefähig, sofern die Rehabilitationseinrichtung keine kostenfreie Transportmöglichkeit anbietet. Bei der Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs oder eines anderen motorgetriebenen Fahrzeugs gilt § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes entsprechend. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 sind bis zur Höhe des Betrages der beihilfefähigen Höchstbeträge gemäß Anlage 7 Abschnitt 1 Nummer 7 je Übungseinheit beihilfefähig.

(3) Ist bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in der stationären Rehabilitationseinrichtung jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson außerhalb der Rehabilitationseinrichtung bis zur Höhe der Kosten nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 Buchstabe b beihilfefähig.“

33. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „Sie hat hierzu ein Gutachten einer Amtsärztin, eines Arztes, einer von ihr beauftragten Ärztin oder eines von ihr beauftragten Arztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält“ durch die Wörter „Die Anerkennung setzt voraus, dass eine ärztliche Bescheinigung Aussagen dazu trifft“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 werden dem Wort „eine“ die Wörter „bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 4“ vorangestellt und das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.

ccc) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht, wenn eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegt,“ ersetzt.

ddd) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:

„4. eine Fahrt mit einem Taxi nach § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe d medizinisch notwendig ist und

5. eine Begleitperson medizinisch notwendig ist.“

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Der ärztlichen Bescheinigung steht bei Diagnosen aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie nach den §§ 19 bis 21 und 30a die Bescheinigung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleich.“

cc) In dem neuen Satz 4 werden die Wörter „ein Gutachten“ durch die Wörter „eine ärztliche Bescheinigung“ ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Wörter „dem Gutachten“ durch die Wörter „der ärztlichen Bescheinigung“ ersetzt.

34. § 38 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 5 werden die Wörter „nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes“ durch die Wörter „nach § 142 in Verbindung mit § 146 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

b) In Satz 6 werden die Wörter „der Kriegsopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes“ durch die Wörter „der Opferfürsorge nach § 145 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

35. § 38a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Sätze“ durch das Wort „Beträge“ ersetzt.

b) Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

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

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch nach den §§ 74 bis 76 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 17 Absatz 1 des Soldatenentschädigungsgesetzes besteht.“

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „3“ die Angabe „bis 3b“ eingefügt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „3“ durch die Angabe „3c“ ersetzt.

36. § 38b Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

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

37. § 38c wird wie folgt gefasst:

„§ 38c

Verhinderungspflege, Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs oder Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend den §§ 39 und 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für eine Versorgung der pflegebedürftigen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 42b Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 und Absatz 5 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nur beihilfefähig, wenn kein Anspruch nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht. Für Fahrtkosten gilt § 34 Absatz 5 entsprechend. Abweichend von § 38a Absatz 4 Satz 2 ruhen Ansprüche nach § 38a einschließlich der Pauschalbeihilfe, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung befindet und die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach Satz 1 versorgt wird. Erfolgt die Versorgung der pflegebedürftigen Person nach § 42b Absatz 2 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts beihilfefähig.“

38. In § 38e wird die Angabe „§ 42“ durch die Wörter „den §§ 42 und 42a“ ersetzt.

39. § 38g wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 38g
Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale
Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung
digitaler Pflegeanwendungen“.**

b) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. digitale Pflegeanwendungen bei häuslicher Pflege entsprechend § 40a des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter der Voraussetzung, dass die Notwendigkeit der Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen durch die private oder soziale Pflegeversicherung anerkannt wurde, und
2. ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen entsprechend § 39a des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind insgesamt nur bis zur Höhe des in § 40b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages beihilfefähig.“

40. § 39 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „3 und 5“ durch die Angabe „und 4 sowie § 43c“ ersetzt und das Wort „gilt“ durch das Wort „gelten“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Antragstellung“ durch die Wörter „dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. die unter § 2 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes fallenden Einkünfte der beihilfeberechtigten Person aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit und“

bbb) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „der Antragstellung“ durch die Wörter „dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen“ ersetzt.

dd) In Satz 5 wird das Wort „Antragstellung“ durch die Wörter „dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen“ ersetzt.

41. § 39a wird wie folgt gefasst:

„§ 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe

Aufwendungen für Pflege, Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben oder an Bildung, die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Satz 1 gilt auch für pflegebedürftige Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden.“

42. § 39b Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Wohnumfeldes“ ein Komma und die Wörter „digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen“ eingefügt.

b) In Nummer 5 werden die Wörter „von 125 Euro monatlich“ durch die Wörter „des in § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages“ ersetzt.

c) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen nach § 38f Satz 2,“

d) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 8.

43. § 40 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 wird das Wort „palliativ-medizinische“ durch das Wort „palliativmedizinische“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „palliativ-pflegerischer“ durch das Wort „palliativpflegerischer“ ersetzt.

44. Nach § 40 wird folgender § 40a eingefügt:

**„§ 40a
Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase**

- (1) Beihilfefähig sind entsprechend § 132g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.
- (2) Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach § 15 der auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes (www.gkv-spitzenverband.de) veröffentlichten Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Trägern vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2017 in Verbindung mit den Vergütungsvereinbarungen der jeweiligen Träger der Einrichtungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen.“

45. § 41 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach der Angabe „25“ ein Komma und die Angabe „25a“ eingefügt.
- b) Die Absätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 4 beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis dritten Grades

beruht. Aufwendungen nach Satz 1 sind nach Maßgabe der Anlage 12 für folgende Maßnahmen beihilfefähig:

1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung,
2. genetische Untersuchung,
3. intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen.

(4) Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 4 beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis zweiten Grades beruht. Aufwendungen nach Satz 1 sind nach Maßgabe der Anlage 13 für folgende Maßnahmen beihilfefähig:

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
2. Tumorgewebsdiagnostik,
3. genetische Analyse (Untersuchung auf Keimmutation),
4. Früherkennungsmaßnahmen.“

c) In Absatz 7 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ ersetzt.

46. § 42 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt geändert:

- a) Im Satzteil vor Satz 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.
- b) Im neuen zweiten Halbsatz wird die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

47. § 43 wird durch die folgenden §§ 43 und 43a ersetzt:

„§ 43

Künstliche Befruchtung

(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. die künstliche Befruchtung nach ärztlicher Feststellung erforderlich ist,
2. nach ärztlicher Feststellung eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die künstliche Befruchtung eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,
3. die Personen, die eine künstliche Befruchtung in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. beide Ehegatten das 25. Lebensjahr vollendet haben,

5. die Ehefrau das 40. Lebensjahr und der Ehemann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
6. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
7. sich die Ehegatten vor Durchführung der künstlichen Befruchtung von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der die Behandlung anschließend nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte haben unterrichten lassen.

(2) Die Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung werden der Person zugeordnet, bei der die jeweilige Einzelleistung durchgeführt wird.

(3) Die Aufwendungen für folgende Einzelleistungen der künstlichen Befruchtung sind dem Mann zuzuordnen:

1. Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens,
2. notwendige Laboruntersuchungen und
3. Beratung der Ehegatten über die speziellen Risiken der künstlichen Befruchtung und die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung.

(4) Die Aufwendungen für folgende Einzelleistungen der künstlichen Befruchtung sind der Frau zuzuordnen:

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

(5) Im Einzelnen sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

Num mer	Behandlungsmethode	Indikationen	Anzahl der beihilfefähigen Versuche
1	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch hCG-Gabe oder nach Stimulation mit Antiöstrogenen	somatische Ursachen wie zum Beispiel Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastense oder Dyspareunie; gestörte Spermatozoen- Mukos-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität	acht
2	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen	Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität	drei
3	In-vitro-Fertilisation mit Embryo-Transfer, gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als Embryo-Intrafallopian- Transfer	Zustand nach Tubenamputation; anders, auch mikrochirurgisch, nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische, unerklärbare Sterilität, sofern alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung einschließlich einer	drei; der dritte Versuch ist jedoch nur beihilfefähig, wenn in einem der beiden ersten Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat

		psychologischen Exploration ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Behandlungsmethode Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Behandlungsmethode Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind	
4	intratubarer Gameten-Transfer	anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopatische, unerklärbare Sterilität, sofern alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung einschließlich einer psychologischen Exploration ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach	zwei

		Behandlungsmethode Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind;	
5	intracytoplasmatische Spermieninjektion	schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermioogramme, die auf der Grundlage des Handbuchs der Weltgesundheitsorganisation zu „Examination and processing of human semen“ erstellt worden sind; die Untersuchung des Mannes durch Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen; intracytoplasmatische Spermieninjektion nach Kryokonservierung nach Absatz 8 Satz 2 bei nachgewiesener Fertilitätsstörung bei der Frau unabhängig von einer männlichen Fertilitätsstörung	drei; der dritte Versuch ist jedoch nur beihilfefähig, wenn in einem der beiden ersten Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat

Sofern eine Indikation sowohl für eine In-vitro-Fertilisation als auch für einen intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, sind nur die Aufwendungen für eine der beiden Behandlungsmethoden beihilfefähig. Das Gleiche gilt bei einer nebeneinander möglichen In-vitro-Fertilisation und einer intracytoplasmatischen Spermieninjektion. Im Fall eines totalen Fertilisationsversagens beim ersten Versuch einer In-vitro-Fertilisation sind die Aufwendungen für eine intracytoplasmatische Spermieninjektion für maximal zwei darauffolgende Zyklen beihilfefähig.

(6) Aufwendungen nach Absatz 3 Satz 2, Absatz 4 und Absatz 5 sind zu 50 Prozent beihilfefähig.

(7) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung nach einer vorhergehenden Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

(8) Aufwendungen für die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie Aufwendungen für die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Aufwendungen nach Satz 1 können höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Nummer 5 als beihilfefähig anerkannt werden.

§ 43a

Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

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

(2) Aufwendungen für die ärztliche Beratung zu Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und der ärztlich verordneten empfängnisregelnden Mittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung und für deren Applikation sind nur bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, die Mittel sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.

(3) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen nach den §§ 12, 22, 26, 28, 29, 31 und 32 beihilfefähig. Daneben sind auch 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.“

48. § 45a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „Das für Inneres zuständige Bundesministerium“ durch die Wörter „Die für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständige Senatsverwaltung“ ersetzt.

bb) In Nummer 5 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.

- cc) Nummer 6 wird aufgehoben.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach der Angabe „Kapitel 2“ die Wörter „und § 7 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes“ eingefügt.
49. § 45b wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 45b
Klinisch-epidemiologisches Krebsregister Brandenburg-Berlin“.**

- b) In dem Satzteil vor Satz 1 Nummer 1 und in Satz 2 werden jeweils die Wörter „klinischen Krebsregister“ durch die Wörter „klinisch-epidemiologischen Krebsregister Brandenburg-Berlin“ ersetzt.
50. § 47 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „, Versorgungsempfängern und“ durch die Wörter „und Versorgungsempfängern sowie deren“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch die Wörter „Entschädigungszahlungen an Geschädigte nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch oder Ausgleichs für gesundheitliche Schädigungsfolgen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz“ ersetzt.
 - b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und individuelle Beihilfe in Anspruch nehmen, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Leistungen und Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Dies gilt nicht für beihilfefähige Aufwendungen, wenn für diese keine Leistungen oder Erstattungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.“
 - c) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und die Angabe „5“ wird jeweils durch die Angabe „6“ ersetzt.

d) Die bisherigen Absätze 6 und 7 werden die Absätze 7 und 8.

51. § 48 Absatz 1 Satz 5 und 6 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abrechnung von Aufwendungen ist die Summe der Aufwendungen, die mit dem Antrag geltend gemacht werden und die dem Grunde nach beihilfefähig sind, der Summe der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen. Abweichend davon sind die jeweiligen dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 26 und 35 bis 39b den jeweils entsprechenden Leistungen gegenüberzustellen.“

52. In § 49 Absatz 1 Nummer 1 werden nach der Angabe „4“ die Angabe „sowie § 26b“ eingefügt sowie das Wort „stationäre“ durch das Wort „stationären“ und die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ ersetzt.

53. § 50 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 und 2 wird jeweils die Angabe „1“ durch die Angabe „2“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 wird jeweils das Wort „eingetragenen“ gestrichen.
- c) In Absatz 3 wird das Wort „Kriegsopferfürsorge“ durch die Wörter „sozialen Entschädigung“ ersetzt.

54. § 51 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 4 Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „§§ 37 bis 39“ durch die Wörter „nach den §§ 37 bis 39 und 39b“ ersetzt.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Festsetzungsstelle hat spätestens zwölf Monate nach der Festsetzung zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Weitergewährung der Beihilfe weiterhin vorliegen.“
- b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „und“ die Wörter „auf Verlangen der Festsetzungsstelle“ eingefügt.
- c) Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Auf die Mindestbetragsregelung nach Satz 1 kann die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständigen Senatsverwaltung verzichten.“

55. § 54 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „eines Jahres“ durch die Wörter „von drei Jahren“ ersetzt.
- b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegeleistungen“ die Wörter „nach § 38a Absatz 3“ eingefügt.
- c) In Satz 3 werden jeweils die Wörter „Träger der Kriegsopferfürsorge“ durch die Wörter „sozialen Entschädigung“ ersetzt.

56. In § 55 werden die Wörter „des Beihilfeantrags“ durch die Wörter „von Beihilfeangelegenheiten“ ersetzt.

57. § 58 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird aufgehoben.
- b) Absatz 2 wird Absatz 1.
- c) Die folgenden Absätze 2 bis 6 werden angefügt:

„(2) Die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nach § 4 Absatz 2, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden und deren Schul- oder Berufsabschluss sich im Jahr 2020 und 2021 durch die COVID-19-Pandemie verzögert hat, verlängert sich um den Zeitraum der Verzögerung.

(3) Die Anpassung des Betrages nach § 4 Absatz 1 Satz 1 auf Grund von § 4 Absatz 1 Satz 6 und 7 erfolgt erstmals für die Beantragung der Beihilfe im Jahr 2025.

(4) Aufwendungen für Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal entsprechend § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, um die notwendige Versorgung der pflegebedürftigen Person zu gewährleisten, sind bis zum 31. Dezember 2025 beihilfefähig.

(5) Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, deren Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung oder nach einem Gesetz, das das Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung ganz oder teilweise für anwendbar erklärt,

bestandskräftig festgestellt sind, gelten die Vorschriften des § 8 Absatz 4 Satz 4 Nummer 1, § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1, § 38a Absatz 5, § 47 Absatz 2 Satz 2 und § 54 Absatz 1 Satz 3 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter. Satz 1 gilt auch für ab 1. Januar 2024 entstehende Ansprüche nach dem Soldatenversorgungsgesetz in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz.

(6) Im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 ausgezahlte Beihilfeleistungen nach § 38c Absatz 1 und § 38e werden auf die Beihilfeleistungen des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 38c Absatz 1 und § 38e in Verbindung mit den §§ 39, 42 und 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.“

58. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird nach der Angabe „Absatz 2“ die Angabe „Satz 2“ eingefügt.

b) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2.7 wird wie folgt gefasst:

„2.7 Heilung von Hernien ohne Operation“

bb) Nummer 3.3 wird wie folgt gefasst:

„3.3 (frei)“

cc) Nach Nummer 8.2 wird folgende Nummer 8.3 eingefügt:

„8.3 Hornhautimplantation refraktiv zur Korrektur der Presbyopie“

dd) Nummer 13.1 wird wie folgt gefasst:

„13.1 (frei)“

ee) Nach Nummer 15.1 wird folgende Nummer 16.1 eingefügt:

„16.1 Photobiomodulation (PBM) bei trockener altersbedingter Makuladegeneration (AMD)“

ff) Die bisherigen Nummern 16.1 bis 16.4 werden die Nummern 16.2 bis 16.5.

gg) Nach Nummer 22.2 wird folgende Nummer 22.3 eingefügt:

„22.3 visuelle Restitutionstherapie“

c) Abschnitt 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2 wird aufgehoben.

bb) Die Nummern 3 bis 8 werden die Nummern 2 bis 7.

cc) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 eingefügt:

„8. Modifizierte Eigenblutbehandlung

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

a) Zahnheilkunde, nach Extraktion eines Zahnes oder mehrerer Zähne

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

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

b) Augenheilkunde

bei einer trockenen Glandulae tarsales (zum Beispiel bei Meibom-Drüsen-Dysfunktion, Sicca-Syndrom oder Keratokonjunktivitis sicca) mit autologen Serumaugentropfen aus Eigenblut als Tränenersatzstoff.“

dd) Nummer 10 wird wie folgt geändert:

aaa) In der Überschrift wird nach dem Wort „Radiale“ das Wort „extrakorporale“ eingefügt.

bbb) In Satz 1 werden nach dem Wort „radialis“ die Wörter „oder einer therapierefraktären Fasciitis plantaris“ eingefügt.

ee) Nummer 11 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen sind bis zur Höhe der beihilfefähigen Höchstbeträge gemäß Anlage 7 Abschnitt 1, Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen, dortige Nummern 4 bis 6 beihilfefähig.“

ff) Folgende Nummer 13 wird angefügt:

„13. Visusverbessernde Maßnahmen

a) Austausch natürlicher Linsen

Bei einer reinen visusverbessernden Operation sind Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn der Austausch die einzige Möglichkeit ist, eine Verbesserung des Visus zu erreichen. Die Aufwendungen für die Linsen sind dabei nur bis zur Höhe der Kosten einer Monofokallinse, höchstens 270 Euro pro Linse, beihilfefähig. Satz 2 gilt auch für Linsen bei einer Kataraktoperation.

b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

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

c) Implantation einer additiven Linse, auch einer Add-on-Intraokularlinse

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

d) Implantation einer phaken Intraokularlinse

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

Aufwendungen für visusverbessernde Maßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle den Maßnahmen vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt hat.“

59. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 1 Nummer 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Familien-, Lebens-, Paar- oder Sexualberatung,“

b) Abschnitt 2 Nummer 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Teilsatz vor Buchstabe a werden die Wörter „Jacobsonsche Relaxationstherapie“ durch die Wörter „progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen“ ersetzt und das Wort „dann“ gestrichen.

bb) In Buchstabe c wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgender Buchstabe d wird angefügt:

„d) einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten.“

c) Abschnitt 3 wird wie folgt geändert:

aa) Der Nummer 1 werden die folgenden Nummern 1 bis 3 vorangestellt:

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

a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,

b) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

2. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,

b) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 4 Absatz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung vom 1. Januar 2025 (abrufbar unter: www.kbv.de) in der jeweils geltenden Fassung erfüllt,

- c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.
- 3. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, sowohl von Personen nach Nummer 1 als auch von Personen nach Nummer 2 erbracht werden.“
- bb) Die bisherige Nummer 1 wird Nummer 4.
- cc) Die bisherigen Nummern 2 bis 8 werden aufgehoben.
- dd) Die bisherige Nummer 9 wird Nummer 5.
- d) Abschnitt 4 wird wie folgt gefasst:
 - aa) Der Nummer 1 werden die folgenden Nummern 1 bis 3 vorangestellt:
 - „1. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
 - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,
 - b) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.
 - 2. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
 - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
 - b) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern- und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 4 Absatz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllt,
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

3. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, sowohl von Personen nach Nummer 1 als auch von Personen nach Nummer 2 erbracht werden.“

bb) Die bisherige Nummer 1 wird Nummer 4.

cc) Die bisherigen Nummern 2 bis 4 werden aufgehoben.

e) Nach Abschnitt 4 wird folgender Abschnitt 5 eingefügt:

„Abschnitt 5
Systemische Therapie

1. Leistungen der Systemischen Therapie dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:
 - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in diesem Verfahren,
 - b) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren,
 - c) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4 und einer Zusatzqualifikation für dieses Verfahren, die die Anforderungen des § 4 Absatz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllt.
2. 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) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 - c) Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ mit erfolgreicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.“

f) Der bisherige Abschnitt 5 wird Abschnitt 6 und wie folgt gefasst:

„Abschnitt 6
Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

1. Leistungen der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:
 - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4,
 - b) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4.
2. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person 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 2 bei Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychologischen Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Ausbildung und bei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten 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-Desensitizationand-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.
4. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person
 - a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder 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.“

60. Die Anlagen 4 bis 6 werden aufgehoben.

61. Anlage 7 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 1 wird wie folgt gefasst:

„Abschnitt 1
Leistungsverzeichnis

Vorbemerkungen:

1. Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Wenn im Leistungsverzeichnis ein Richtwert angegeben ist, ist die jeweilige Therapiemaßnahme einschließlich ihrer Vor- und Nachbereitung sowie ihrer Dokumentation innerhalb des durch den Richtwert angegebenen Zeitrahmens durchzuführen. Der Richtwert darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.
2. Einige Therapiemaßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. Der Zeitrahmen für die Nachruhe beträgt 20 bis 25 Minuten.

Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Inhalation			
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung		
	a)	als Einzelinhalation	12,10
	b)	als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80
	c)	als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.		
2	Radon-Inhalation		
	a)	im Stollen	14,90
	b)	mittels Hauben	18,20

Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen			
3	Physiotherapeutische Befundung, Berichte und Diagnostik		
	a)	physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
	b)	physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	66,10
	c)	physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	35,80
	d)	Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	26,80
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten		29,00
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten		46,00
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten		57,40
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 bis 30 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer		13,00
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 20 bis 30 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer		16,20
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten		86,80

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	33,10
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	23,60
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	34,80
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,00
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,40
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,30
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	32,10
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	23,50
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,90

Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag		115,30
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr		54,50
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten		8,80
Bereich Massagen			
18	Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile		
	a)	Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periot-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	21,10
	b)	Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	25,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)		
	a)	Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	35,10
	b)	Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	52,70
	c)	Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	70,20
	d)	Kompressionsbandagierung einer Extremität Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig.	22,40
20	Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten		33,00
Bereich Palliativversorgung			

Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten		66,00
Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder			
22	Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten		13,60
23	Warmpackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a)	bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,80
	b)	bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Teilpackung	36,20
	c)	bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe		19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)		
	a)	Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
	b)	Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
26	Heublumensack, Peloidkompressen		12,10
27	Sonstige Packungen (zum Beispiel Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz		6,10
28	Trockenpackung		4,10

Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
29	Guss		
	a)	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b)	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c)	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30	An- oder absteigendes Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a)	an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe)	16,20
	b)	an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)	26,40
31	Wechselbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a)	Teilbad	12,10
	b)	Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		25,10
33	Naturmoorbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a)	Teilbad	43,30
	b)	Vollbad	54,10
34	Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a)	Teilbad	37,90
	b)	Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe		43,30
36	Medizinische Bäder mit Zusatz		
	a)	Hand- oder Fußbad	8,80
	b)	Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60

Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	c)	Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	d)	bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
37	Gashaltige Bäder		
	a)	gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,10
	b)	gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c)	Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d)	Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e)	Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in den Nummern 22 bis 37 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.		
Bereich Kälte- und Wärmebehandlung			
39	Kältetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen und Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten		12,90
40	Wärmetherapie eines Körperteils oder mehrerer Körperteile, Richtwert: 10 bis 20 Minuten		7,50

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,30
Bereich Elektrotherapie		
42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,30
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	18,30
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00
Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig, je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 60 Minuten	117,30
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 30 Minuten	58,70

Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
49	Bericht an die verordnende Person		6,60
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person		117,30
51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen		
	a)	Richtwert: 30 Minuten	52,20
	b)	Richtwert: 45 Minuten	71,70
	c)	Richtwert: 60 Minuten	91,30
52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer		
	a)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	64,50
	b)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	117,30
	d)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	58,70
Bereich Ergotherapie			
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall		47,70
54	Einzelbehandlung		
	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	57,00
	b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	76,00
	c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	94,90
55	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall		

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	151,90
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40
56	Parallelbehandlung (2 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	45,60
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	60,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	76,00
57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	20,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	26,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	46,50
58	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	
59	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten	

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
60	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung (2 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	45,60
61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	26,60
Bereich Podologie		
62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	35,20
63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	50,60
64	Podologische Befundung, je Behandlung	3,50
65	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,90
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	56,00
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	22,50
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,90
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	99,10
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	54,30
69	Nachregulierung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	49,70
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	97,70

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	53,90
72	Indikationsspezifische Kontrolle einer Nagelkorrekturspange auf Sitz- und Passgenauigkeit	17,30
73	Behandlungsabschluss, gegebenfalls einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	26,00
73.1	Nagelspangenbehandlung, zweimal je Behandlungstag Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 67 bis 71 sind daneben nicht beihilfefähig.	55,90
73.2	Aufschlag für besonderen Aufwand bei der Behandlung von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres oder von Personen mit Unguis incarnatus in den Stadien 2 bis 3 (Diagnosegruppe UI2), zweimal je Behandlungstag Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 67 bis 71 sind daneben nicht beihilfefähig.	16,90
Bereich Ernährungstherapie		
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall	
	a) Richtwert: 30 Minuten	39,90
	b) Richtwert: 60 Minuten	79,70
75	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen sowie Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	65,20
76	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	65,20
77	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung	
	a) Richtwert: 30 Minuten	39,90
	b) Richtwert: 60 Minuten	79,70

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
78	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	79,70
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung	
	a) Richtwert: 30 Minuten	27,90
	b) Richtwert: 60 Minuten	55,80
Bereich Sonstiges		
80	Ärztlich verordneter Hausbesuch, einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	27,60
81	Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient, pauschal.	18,00
82	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Leistungen nach Nummer 55 Buchstabe a bis c, Nummer 59 oder Nummer 78 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 80 und 81 sind daneben nicht beihilfefähig.	27,60
83	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40
84	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	98,60

- b) Nach Abschnitt 2 Nummer 1 Satz 1 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc wird folgender Doppelbuchstabe dd eingefügt:

„dd) Knorpelschaden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage),“

- c) Der Überschrift des Abschnittes 3 werden ein Komma und die Wörter „Medizinische Trainingstherapie“ angefügt.

62. Anlage 8 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Satzteil vor Buchstabe a werden die Wörter „Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ durch die Wörter „Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ersetzt.

bb) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Sprachtherapeutin oder Sprachtherapeut,“

cc) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

„d) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,“

- b) In Nummer 3 Satzteil vor Buchstabe a werden nach dem Wort „Beschäftigungstherapie“ die Wörter „einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung“ eingefügt.

63. Anlage 9 wird wie folgt geändert:

- a) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1.6 werden die Wörter „Anatomische Brillenfassung“ durch die Angabe „(frei)“ ersetzt.

bb) Nach Nummer 2.13 wird folgende Nummer 2.14 eingefügt:

„2.14 Blutdruckmessgerät“

cc) Die bisherigen Nummern 2.14 bis 2.18 werden die Nummern 2.15 bis 2.19.

dd) In Nummer 3.3 wird das Wort „dysarthrischen“ durch die Wörter „Sprech- oder“ ersetzt.

- ee) Nach Nummer 3.4 wird folgende Nummer 4.1 eingefügt:
- „4.1 Defibrillatorweste“
- ff) Die bisherigen Nummern 4.1 bis 4.4 werden die Nummern 4.2 bis 4.5.
- gg) In Nummer 5.4 wird das Wort „Elektroscooter“ durch das Wort „Elektromobil“ ersetzt.
- hh) Nach Nummer 5.8 wird folgende Nummer 6.1 eingefügt:
- „6.1 Farberkennungsgerät“
- ii) Die bisherigen Nummern 6.1 bis 6.6 werden die Nummern 6.2 bis 6.7.
- jj) In Nummer 7.6 werden die Wörter „einem insulinpflichtigen“ durch die Wörter „einer behandlungsbedürftigen Stoffwechselerkrankung wie einer behandlungsbedürftigen“ ersetzt.
- kk) In Nummer 7.11 werden nach dem Wort „Gummihose“ die Wörter „oder saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen)“ eingefügt.
- ll) In Nummer 8.8 werden nach der Angabe „[HdO-Geräte]“ die Wörter „und In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte] einschließlich Otoplastik“ eingefügt, nach dem Wort „Hörhilfen“ das Komma und die Wörter „Otoplastik, In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte]“ gestrichen und das Wort „Taubheit“ durch das Wort „Gehörlosigkeit“ ersetzt.
- mm) In Nummer 11.21 werden nach dem Wort „Krankenfahrrad“ die Wörter „(auch elektrisch)“ eingefügt.
- nn) Nach Nummer 19.1 wird folgende Nummer 19.2 eingefügt:
- „19.2 Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist ausgeschlossen)“
- oo) Die bisherigen Nummern 19.2 bis 19.25 werden die Nummern 19.3 bis 19.26.
- pp) In Nummer 20.5 werden nach dem Wort „Schwerbehinderten“ die Wörter „oder Personen mit Hüfttotalendoprothesen“ eingefügt.

qq) Nummer 21.1 wird wie folgt gefasst:

„21.1 Übertragungsanlagen zur Befriedung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zusätzlich zu einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat oder wenn bei peripherer Normalhörigkeit auf Grund einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung eine pathologische Einschränkung des Sprachverstehens im Störschall besteht“

rr) In Nummer 22.2 wird nach dem Wort „Taubheit“ die Angabe „(Gehörlosigkeit)“ eingefügt.

b) Abschnitt 2 wird wie folgt gefasst:

„Abschnitt 2 Perücken

Aufwendungen für ärztlich verordnete Voll- oder Teilperücken einschließlich Befestigungselementen wie Klebestreifen und Spangen sowie Materialien zur Befestigung sind bis zu einem Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn vorübergehend oder langfristig großflächiger und massiver Haarverlust wegen einer Krankheit oder im Zusammenhang mit einer Krankheit vorliegt, insbesondere bei:

1. Chemotherapie,
2. Strahlenbehandlung,
3. vorübergehender oder dauerhafter Medikamentengabe,
4. Operationen,
5. Infekten oder entzündlichen Erkrankungen,
6. Stoffwechselerkrankungen,
7. psychischen Erkrankungen mit oder durch Haarverlust,
8. sonstigen Erkrankungen mit Haarverlust,
9. Deformation des Kopfes mit entstellender Wirkung,
10. Unfallfolgen.

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

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

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

3. sich bei Kindern vor Ablauf der in den Nummern 1 und 2 genannten Zeiträume die Kopfform geändert hat.

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

c) Abschnitt 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2 Buchstabe a Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Doppelbuchstabe aa wird die Angabe „63,50“ durch die Angabe „85“ ersetzt.

bbb) In Doppelbuchstabe bb wird die Angabe „50,48“ durch die Angabe „68“ ersetzt.

ccc) In Doppelbuchstabe cc wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.

ddd) Doppelbuchstabe dd wird aufgehoben.

bb) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. Aufwendungen für ärztlich verordnete elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und -ausgabe für Blinde sind beihilfefähig.“

d) Abschnitt 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Unterabschnitt 2 Nummer 3 Buchstabe j und l wird jeweils die Angabe „5“ durch die Angabe „4“ ersetzt.

bb) Unterabschnitt 3 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Beihilfefähig sind:

a) bei Vorliegen einer Indikation nach Nummer 1 ungeachtet von Unterabschnitt 1 Nummer 2 zusätzlich Aufwendungen für Brillengläser nach Unterabschnitt 2,

b) bei Nichtvorliegen einer Indikation nach Nummer 1 einmalig nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser; im Fall einer Ersatzbeschaffung gelten die Regelungen des Unterabschnittes 1 Nummer 2 Buchstabe a und b.“

bbb) Nummer 4 Buchstabe d bis g wird wie folgt gefasst:

„d) multifokale Kontaktlinsen oder Mehrstärkenkontaktlinsen,

e) Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern,

f) orthokeratologische Kontaktlinsen (Nachtlinsen) zur Korrektur von Fehlsichtigkeit im Schlaf,

g) Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.“

cc) In Unterabschnitt 5 Nummer 1 Buchstabe e Satz 1 Satzteil vor Doppelbuchstabe aa wird jeweils die Angabe „ $\geq$ “ durch das Wort „ab“ ersetzt.

64. Anlage 10 Satz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2.13 wird das Wort „Blutdruckmessgerät“ durch die Angabe „(frei)“ ersetzt.

b) In Nummer 5.11 werden die Wörter „Ess- und Trinkhilfen“ durch die Angabe „(frei)“ ersetzt.

c) Nummer 11.8 wird wie folgt gefasst:

„11.8 Krankenunterlagen (saugende Bettschutzeinlagen), es sei denn,

a) sie sind zur Sicherung der Behandlung einer Krankheit bei Harn- oder Stuhlinkontinenz erforderlich oder

b) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht.“

d) In Nummer 23.3 wird das Wort „WC-Sitz“ durch die Angabe „(frei)“ ersetzt.

65. Anlage 11 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1.2.4 wird aufgehoben.

b) Nummer 2.3 wird wie folgt gefasst:

„2.3 Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 für Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben“

66. Anlage 12 wird wie folgt gefasst:

„Anlage 12

(zu § 41 Absatz 3)

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

Abschnitt 1
Universitäre Zentren

Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko nach § 41 Absatz 3 sind beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der folgenden im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) zusammengeschlossenen universitären Zentren durchgeführt werden:

1. Berlin
Charité – Universitätszentrum Berlin, Brustzentrum
2. Dresden
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3. Düsseldorf
Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum
4. Erlangen
Universitätsklinikum Erlangen
Familiäres Brust- und Eierstockkrebszentrum
5. Frankfurt
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
6. Freiburg
Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Freiburg

7. Göttingen
Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
8. Greifswald
Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Greifswald
9. Halle (Saale)
Universitätsklinikum Halle (Saale), Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
10. Hamburg
Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
11. Hannover
Institut für Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover
12. Heidelberg
Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg
13. Kiel
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
14. Köln
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
15. Leipzig
Institut für Humangenetik der Universität Leipzig
Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs
16. Lübeck
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
17. Mainz
Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsmedizin Mainz
Institut für Humangenetik und Klinik für Frauengesundheit
18. München
Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München-Großhadern
Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar
19. Münster

20. Regensburg
Institut für Humangenetik, Universität Regensburg
21. Tübingen
Universität Tübingen, Institut für Humangenetik
22. Ulm
Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm
23. Würzburg
Institut für Humangenetik der Universität Würzburg.

Abschnitt 2

Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms

Beihilfefähig sind Aufwendungen für folgende Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms in Höhe der nachstehenden Pauschalen:

1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung
 - a) 900 Euro pro Familie für eine einmalige Risikofeststellung mit einer Aufklärung sowie einer interdisziplinären Erstberatung, einer Stammbaumerfassung und der Mitteilung des Genbefundes; die Pauschale umfasst auch die Beratung weiterer Familienmitglieder,
 - b) bei Aufklärung zur diagnostischen genetischen Untersuchung durch einen Kooperationspartner der in Abschnitt 1 genannten Zentren
 - aa) 400 Euro, sofern keine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum mehr erfolgt, oder
 - bb) 600 Euro, sofern noch eine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum erfolgt,
 - c) 113 Euro einmalig für ein Entscheidungscoaching für BRCA1/2-Mutationsträgerinnen durch spezialisiert Pflegendende.
2. Genetische Untersuchung
 - a) 3 500 Euro für eine genetische Untersuchung bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall); die genetische Analyse wird bei den Indexfällen durchgeführt; dabei handelt es sich in der Regel um einen

diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Person zugerechnet werden,

- b) 250 Euro für einen prädiktiven Gentest; ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexperson mehr ableiten lassen, die genetische Analyse also keinen diagnostischen Charakter hat; eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche oder elektronische ärztliche Stellungnahme zu attestieren; die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden genetischen Analyse der Indexperson werden der gesunden ratsuchenden Person zugerechnet,
- c) sofern ratsuchende Personen bis 2015 getestet wurden,
 - aa) 2600 Euro bei einer erneuten Genpanel-Untersuchung zur Komplettierung der Indextestung oder
 - bb) 920 Euro für eine bioinformatische Auswertung bei Vorliegen von Daten aus einer Komplementärdiagnostik.

Aufwendungen nach Buchstabe a bis c sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

3. Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen

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

67. Die Anlagen 12a und 13 werden durch folgende Anlage 13 ersetzt:

„Anlage 13

(zu § 41 Absatz 4)

Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

Abschnitt 1

Universitäre Zentren

Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko nach § 41 Absatz 4 sind

beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der folgenden im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs (Hereditäres Nicht-Polypöses Colorektales Carcinom - HNPCC) zusammengeschlossenen universitären Zentren durchgeführt werden:

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

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie der Charité
- Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte
2. Bochum
Medizinische Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum,
Knappschafts Krankenhaus
3. Bonn
Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Bonn, Biomedizinisches Zentrum
4. Dresden
Institut für Klinische Genetik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden,
Abteilung Chirurgische Forschung
5. Düsseldorf
Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Düsseldorf
6. Halle (Saale)
Universitätsklinikum Halle (Saale)
7. Hamburg
II. Medizinische Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg
8. Hannover
Institut für Humangenetik der Medizinischen Hochschule Hannover
9. Heidelberg
Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg, Abteilung für
Angewandte Tumorbilogie
10. Leipzig
Klinik und Poliklinik für Onkologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Pneumologie
und Infektiologie des Universitätsklinikums Leipzig
11. Lübeck

12. Magdeburg
Medizinische Fakultät der Universitätsklinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
13. München
Medizinische Klinik und Poliklinik IV der Ludwig-Maximilians-Universität München, Campus Innenstadt

Medizinisch-Genetisches Zentrum
14. Münster
Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Münster
15. Tübingen
Institut für Medizinische Genetik und angewandte Genomik des Universitätsklinikums Tübingen
16. Ulm
Klinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Ulm.

Abschnitt 2

Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms

Beihilfefähig sind Aufwendungen für folgende Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms in Höhe der nachstehenden Pauschalen:

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

500 Euro für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen

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

3. Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)

- a) 3500 Euro für eine genetische Analyse zur Mutationssuche auf eine bis dahin in der Familie nicht identifizierte Keimbahnmutation bei einer an Darmkrebs erkrankten Person (Indexfall) oder bei Vorliegen der Voraussetzungen bei einer ratsuchenden Person (Verdachtsfall), wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen,
- b) 350 Euro für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation.

4. Früherkennungsmaßnahmen

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

Artikel 2
Inkrafttreten

- (1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. März 2026 in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nummer 61 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. Februar 2026 in Kraft.

A. Begründung

a) Allgemeines:

Die Fünfte Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung (LBhVO) dient der Beibehaltung der sozialen Symmetrie zwischen den Mitgliedern der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und den beihilfeberechtigten Personen insbesondere durch die wirkungsgleiche Übertragung der Änderungen, die sich durch:

- das Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646),
- das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394),
- das Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch vom 22. März 2019 (BGBl. I S. 350),
- das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299),
- des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754),
- des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vom 23. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155),
- der Berücksichtigung des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I Nr. 50/2019, S. 2652 ff),
- sowie der Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) vom 20. November 2020 (BAnz AT 17.02.2021 B1).

ergeben haben.

Gleichzeitig wird dem Änderungsbedarf Rechnung getragen, der sich aus der praktischen Anwendung der Landesbeihilfeverordnung (LBhVO) und aus der Rechtsprechung ergeben hat.

Wesentliche Regelungsschwerpunkte des Entwurfs sind:

- Aufnahme einer Regelung zur regelmäßigen (dynamischen) Anpassung des Gesamtbetrages der Einkünfte für berücksichtigungsfähige Personen unter Berücksichtigung der Entwicklung der allgemeinen wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse (gemeint: regelmäßige Anpassung des Gesamtbetrages der Einkünfte in gleichem Maß wie der aktuelle Rentenwert nach § 1 Absatz 1 der Rentenwertbestimmungsverordnung (RWBestV) in der jeweils geltenden Fassung), Aufhebung des Ausschlusses von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder Kinder der oder des Behandelten,
- Erhöhung des pauschalen Basisentgeltwertes für Tagessätze für entstandene Aufwendungen von Krankenhausleistungen nach § 26a LBhVO von 280 auf 300 Euro,
- Anpassung der beihilfefähigen Höchstsätze für Heilmittel i.S. des § 23 LBhVO i.V.m. Anlage 7 zur LBhVO,

- Verschlankung der VO durch Wegfall der bisherigen Anlagen 4 bis 6 durch Verweis auf die einschlägigen Regelungen der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- wirkungsgleiche Übertragung der im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung enthaltenen Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege,
- Etablierung von Verfahrenserleichterungen (u.a. Wegfall des Gutachterverfahrens im Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Schaffung eines Dauerverwaltungsaktes im Bereich der wiederkehrenden Pflegeaufwendungen,
- Aufnahme von digitalen Gesundheitsanwendungen und Digitalen Pflegeanwendungen,
- Erhöhung der Antragsfrist in § 54 LBhVO auf drei Jahre.

Mit Inkrafttreten der Fünften Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung wird die bisher als Anlage 13 enthaltene Übersicht „*Heilbäder- und Kurortverzeichnis*“ aus der Verordnung herausgelöst, um die Verordnung nochmals zu entschlacken und um die Möglichkeit zu schaffen, Änderungen schneller und damit kurzfristiger umzusetzen. Der Verordnungsrang ist nicht notwendig, da es sich hier um eine Serviceleistung handelt. Künftig werden Änderungen des Heilbäder- und Kurortverzeichnis anlassbezogen mit Rundschreiben bekannt gegeben.

Mit der Veröffentlichung der Fünften Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung wird die ab Inkrafttreten der Fünften Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung gültige „*Übersicht Heilbäder- und Kurortverzeichnis (Stand 09/2025)*“, **Anhang A** bereitgestellt.

b) Einzelbegründung:

Zu Artikel 1

Zu Artikel 1 Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Zu Buchstabe a (§18 und §18a)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 12.

Zu Buchstabe b (§ 20a)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 16.

Zu Buchstabe c (§ 22)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 18.

Zu Buchstabe d (§ 24)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 20.

Zu Buchstabe e (§ 25a)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 22.

Zu Buchstabe f (§ 26 § 26a und § 26b)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 23, 24 und 25.

Zu Buchstabe g (§ 27a)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 27.

Zu Buchstabe h (§ 38c)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 37.

Zu Buchstabe i (§ 38g)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 38.

Zu Buchstabe j (§ 39a)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 40.

Zu Buchstabe k (§ 40a)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 43.

Zu Buchstabe l (§ 43/ § 43a)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 45.

Zu Buchstabe m (§ 45b)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 47.

Zu Buchstabe n (Anlage 1)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 56.

Zu Buchstabe o (Anlagen 4 - 6)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 58.

Zu Buchstabe p (Anlage 12a)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 65.

Zu Buchstabe q (Anlage 13)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 66.

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 2)

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 4)

Mit Rundschreiben (Az.: D6-30111/16#1) vom 04.07.2023 unterrichtete das Bundesministerium für Inneres und Heimat (BMI) erstmalig auch die für grundsätzliche beihilferechtlichen Angelegenheiten zuständigen obersten Dienstbehörden der Länder über die

künftig (ab dem Jahr 2024) im Bund genutzte Möglichkeit der Dynamisierung der Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten sowie Lebenspartnerinnen und Lebenspartner (kurz: berücksichtigungsfähige Personen) zum 01.01.2024 auf Grund der Rentenwertbestimmungsverordnung 2023 - RWBestV 2023 durch die in § 6 Absatz 2 Satz 8 BBhV seit der in der Neunten Verordnung zur Änderung der BBhV (BGBl. I Nr. 59, S. 2713) enthaltene Ermächtigung.

Ursächlich für diese Neuerung waren folgende Erwägungen:

Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn erfordert eine (regelmäßige) Überprüfung dieser Einkommensgrenze, insbesondere im Hinblick auf die vom Bundesverfassungsgericht in seiner jüngsten Rechtsprechung zur Alimentation mehrfach betonten Beziehungen zwischen amtsangemessener Alimentation und dem Niveau der Beihilfeleistungen (BVerfG, Urteil vom 5. Mai 2015 - 2 BvL 17/09 u. a. -, Rn. 122; BVerfG, Beschluss vom 17. November 2015 - 2 BvL 19/09 u. a. -, Rn. 105).

Der dem Dienstherrn bei der Beihilfegewährung eingeräumte Spielraum erlaubt es dabei nur, erhebliches Einkommen, das zu einer wirtschaftlichen Selbständigkeit von nicht selbst beihilfeberechtigten Personen führt, bei der Beihilfegewährung einschränkend zu berücksichtigen. Erhebliches Einkommen liegt jedoch dann nicht vor, wenn es nur auf Grund von Rentenanpassungen zur Überschreitung der Einkommensgrenze kommt. Aus diesem Grund wird der Gesamtbetrag der Einkünfte einer berücksichtigungsfähigen Person künftig in gleichem Maße angepasst wie der aktuelle Rentenwert nach § 1 Absatz 1 der Rentenwertbestimmungsverordnung.

Bisher galt im Bund - wie auch im Land Berlin - eine feste Einkommenstgrenze in Höhe 20.000 Euro.

Durch die Dynamisierungsregelung in § 6 Absatz 2 Satz 8 BBhV erhöht sich die Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Personen im Bereich des Bundes seither regelmäßig.

Gemäß der aktuellen Rentenwertbestimmungsverordnung 2025 - RWBestV 2025 vom 23. Juni 2025 (BGBl. Nr. 148) beträgt der aktuelle Rentenwert ab 1. Juli 2025 40,79 €. Dies entspricht einer Steigerung von 3,74 %.

Zuletzt wurde eine erneute Dynamisierung mit Rundschreiben des BMI vom 26.06.2025 (Az.: D6-30111/16#1) ab 1. Januar 2026 bekannt gegeben. Ab 01. Januar 2026 beträgt die Einkommensgrenze 22.648 €.

Eine vergleichbare Dynamisierungsregelung der Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Personen soll auch im Land Berlin - analog zur Bundesregelung - normiert werden.

Anders als die vom Bund genutzte Formulierung bezieht sich die Neufassung des § 4 Absatz 1 Satz 6 – 8 LBhVO-E jedoch nicht auf den „Rentenwert (West)“, sondern auf den in der Rentenwertbestimmungsverordnung 2025 – RWBestV 2025 genutzten Begriff des „aktuellen Rentenwerts“ (vgl. § 1 Absatz 1 Rentenwertbestimmungsverordnung 2025 – RWBestV 2025).

Auf die näheren Ausführungen zur Bestimmung des aktuellen Rentenwerts in Punkt 1.2 der BR-Drs. 181-23 (https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2023/0101-0200/181-23.pdf;jsessionid=1C469993F7CA0ED3BACEF553B1301C50.2_cid349?_blob=publicationFile&v=1) wird verwiesen.

Aus Gründen der Administrierbarkeit wie des notwendigen Vorlaufs zur Anpassung der technischen Systeme, aber auch der Prognostizierbarkeit der kalenderjährlichen Haushaltsansätze soll sich eine Erhöhung des Rentenwerts erst in dem auf die Änderung folgenden Kalenderjahr auswirken und zwar erstmals auf Beihilfen, die im Jahr 2026 beantragt werden.

Bis zur Vierten Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung vom 7. Dezember 2021 (GVBl. I S. 1354) hing die Berücksichtigungsfähigkeit von Personen als solche von der Einkommensgrenze ab. Für den Fall, dass zum Zeitpunkt der Aufwendungen eine Berücksichtigungsfähigkeit vorlag, aber zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht mehr, gab es in Nummer 51.3.5 Satz 2 VwV zur LBhVO folgende Vorgabe: „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.“ Die zitierte Nummer 51.3.5 Satz 2 VwV zur LBhVO ist vom Wortlaut her nicht mehr einschlägig; aus Gründen der Rechtssicherheit erfolgt die Kodifizierung der bisherigen Praxis.

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Klarstellung, dass Ehepartner von beamteten Dienstkräften, die selbst Beamtinnen oder Beamte sind, keine berücksichtigungsfähigen Personen sind, wenn sie selbst einen Anspruch auf Beihilfe oder vergleichbare Leistungen haben. Die bisherige Regelung reichte nach einem Beschluss des OVG Nordrhein-Westfalen vom 4. Januar 2019 – 1 B 916/18 – nicht aus.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe bb

Auflösung einer Konkurrenzsituation, wonach bei zwei aktiven Dienstverhältnissen zwei nebeneinanderstehende Beihilfeansprüche möglich sind.

Zu Buchstabe b

Die Ausnahmeregelung ist aus Fürsorgegründen geboten, um berücksichtigungsfähige Personen, die über einen eigenen Beihilfeanspruch verfügen, aber wirtschaftlich nicht selbständig sind und die beihilfeberechtigte Person zu deren Auslandsverwendung begleiten,

vor unzumutbaren Belastungen zu bewahren. Für mitreisende Ehe- und Lebenspartner, die einen eigenen Beihilfeanspruch haben, werden außerhalb der Europäischen Union entstandenen Aufwendungen nur bis zur Höhe, wie sie in Deutschland entstanden wären, als beihilfefähig anerkannt. Berücksichtigungsfähige Personen, die über einen eigenen Beihilfeanspruch verfügen und wirtschaftlich selbständig sind, sind von dieser Regelung nicht umfasst. Diesem Personenkreis ist auf Grund der wirtschaftlichen Selbständigkeit zuzumuten, einen entsprechenden Krankenversicherungsschutz abzuschließen.

Um eine Doppelbeantragung zu vermeiden, muss die berücksichtigungsfähige Person, die über einen eigenen Beihilfeanspruch verfügt und wirtschaftlich nicht selbständig ist, bei Nutzung des abgeleiteten Beihilfeanspruchs als berücksichtigungsfähige Person auf den eigenen Beihilfeanspruch verzichten.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zu Buchstabe c.

Zu Buchstabe e

Folgeänderung zu Buchstabe d.

Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 6)

Konkretisierung der Rechtsnorm durch Aufnahme eines Aufwendungsausschlusses, nachdem eigene Aufwendungen für Hardware, Betriebssoftware, Leitungskosten usw. bei der Inanspruchnahme von ansonsten beihilfefähigen Aufwendungen für telemedizinische Leistungen nicht beihilfefähig sind.

Medizinische Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien oder telemedizinische Leistungen sind solche, die ohne eine physische Zusammenkunft von Arzt und Patient erfolgen. Die räumliche Distanz wird über die Anwendung von Telekommunikations- und Informationstechnologien überbrückt. Die LBhVO hat keine Beschränkungen dieses seit der Coronapandemie stark wachsenden Weges für medizinische Leistungen. Aus Gründen der Rechtssicherheit wird klargestellt, dass eigene Aufwendungen der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen für die Implementierung telemedizinischer Leistungen ausgeschlossen sind.

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind die zur Nutzung telemedizinischer Maßnahmen wie etwa Telesprechstunden erforderlichen Endgeräte (Smartphone, Tablet, Laptop, Smartwatch, Kamera usw.). Es ist davon auszugehen, dass diese Endgeräte regelmäßig nicht ausschließlich für die Nutzung der telemedizinischen Maßnahme angeschafft und verwendet werden. Der Funktionsumfang wird regelmäßig nicht nur auf die Nutzung der telemedizinischen Maßnahme ausgelegt sein. Es ist davon auszugehen, dass solche Endgeräte im Rahmen der

allgemeinen Lebensführung in Haushalten vorhanden sind. Laut Daten des Statistischen Bundesamtes zu „Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien“ vom 20. Januar 2021 hatten zum Stand 2020 in Deutschland 92 % der Haushalte einen Internetanschluss und laut den Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Einkommens- und Verbrauchsstichprobe vom 30. Oktober 2018 hatten zum Stand 1. Januar 2018 81,2 % aller Haushalte einen mobilen PC (Laptop, Notebook, Netbook, Tablet) und 96,7 % aller Haushalte ein Mobiltelefon.

Die anfallenden Kosten für den Strom und Datenverbrauch sind ebenfalls nicht beihilfefähig und werden den allgemeinen Lebenshaltungskosten zugerechnet. Zum einen ist es in der Praxis nahezu ausgeschlossen, den durch die digitale Gesundheitsanwendung erhöhten Strom und Datenverbrauch gezielt nachweis- und nachprüfbar zu erfassen. Zum anderen dürften die zusätzlichen Kosten für den erhöhten Stromverbrauch sowie den erhöhten Datenverbrauch im Zeitalter von WLAN sowie Flatratetarifen marginal sein.

Medizinisch-technische Geräte, welche beispielsweise bei der Übertragung von Daten von implantierten Medizinprodukten (z. B. Herzschrittmacher) für die telemedizinische Fernkontrolle oder ausschließlich für die medizinische Behandlung (z. B. Transmitter beim Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz mittels kardialer Aggregate) notwendig sind, sind von dieser Regelung nicht umfasst.

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 7)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Anpassung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchstabe cc.

Zu Doppelbuchstabe cc

Eine vergleichbare Regelung gibt es im gesetzlichen Bereich nicht. Auch steht der Prüfaufwand in keinem Verhältnis zu einer möglichen Kürzung der beihilfefähigen Aufwendungen. Die bisherige Regelung mit der Begründung einer moralischen Verpflichtung zur kostenfreien Behandlung ist überholt.

Zu Buchstabe b

Die Krankenkassen haben in ihren Satzungen die Kostenerstattung zu regeln. Nach Satz 10 können sie dabei Verwaltungskosten in Höhe von 5 Prozent in Abzug bringen. Da es sich hierbei um eine Kannbestimmung handelt, sollte eine Berücksichtigung nach § 8 Absatz 3 LBhVO nur erfolgen, wenn der Betrag aus der Abrechnung auch hervorgeht. Auch die entgangenen

Apotheken- und Herstellerrabatte müssen eindeutig aus der Abrechnung der jeweiligen Krankenkasse hervorgehen, da von Seiten der Festsetzungsstellen dieser nicht errechnet werden kann und sonst auch dieser nicht nachvollziehbar ist.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Berücksichtigung des Änderungsbedarfes, der sich aus dem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I. Nr. 50/2019, S. 2652 ff) ergibt.

Im Einzelnen:

Das Bundesversorgungsgesetz (BVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 5 des Gesetzes vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016) geändert worden ist, wurde durch Artikel 58 Nummer 2 des Gesetzes zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019 (BGBl. I Nr. 50, S. 2652) aufgehoben. Nach Artikel 60 Absatz 7 des vorbezeichneten Gesetzes tritt die Regelung am 1.1.2024 in Kraft. Das soziale Entschädigungsrecht wird mit Inkrafttreten der Regelung zum 1.1.2024 neu aufgestellt und im Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch – SGB XIV geregelt. Der Schwerpunkt wird von Kriegsoptionen und ihren Hinterbliebenen hin zu Opfern von Gewalttaten, einschließlich der Opfer von Terroranschlägen, verlagert. Die Entschädigungszahlungen werden wesentlich erhöht.

Die Aufhebung des BVG macht für das Land Berlin nunmehr auch beihilferechtliche Folgeregelungen erforderlich, da sich die Landesbeihilfeordnung bisher an verschiedenen Stellen auf die Regelungen des BVG bezog.

Ebenfalls Anpassung auf Grund des Inkrafttretens des Gesetzes über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten (Soldatenentschädigungsgesetz - SEG, BGBl. I S. 3932) und des Gesetzes zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20. August 2021 (BGBl. I 3932 ff.).

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchstabe dd.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zu Buchstabe dd.

Zu Doppelbuchstabe dd

Hier ist eine Ausnahmeregelung für berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamtinnen und Beamten im Ausland entsprechend § 3 LBhVO geboten, um auslandsspezifische Benachteiligungen zu vermeiden. In vielen Ländern gibt es Pflichtversicherungen, die zwar einen Zugang zu dem dortigen Gesundheitssystem zulassen, der aber keineswegs dem Standard in Deutschland entspricht. Hier würde § 8 Absatz 4 Satz 3 dazu führen, dass

Beihilfeleistungen nicht möglich wären. Es ist schwer zu rechtfertigen, dass der Dienstherr ohne entsprechende Fürsorgeleistungen die berufliche Betätigung im Ausland dadurch erschwert, dass mitreisende Familienangehörige gesundheitliche Risiken eingehen müssen, um beruflich tätig zu bleiben. Durch die Aufnahme einer Berufstätigkeit durch mitausreisende Partnerinnen und Partner, darf es im Vergleich zu nicht berufstätigen mitausreisenden Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern zu keiner Schlechterstellung in der medizinischen Versorgung kommen. Im Gegensatz zu allen anderen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern vor Ort und damit auch zu „echten“ lokal Beschäftigten verlegen mitausreisende Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner nur vorübergehend und im dienstlichen Auftrag ihren Wohnsitz in das Gastland. Es ist unbillig, sie vordringlich auf die ihnen im jeweiligen Gastland zustehende gesetzliche medizinische Versorgung zu verweisen. Es bedarf hier einer Aktualisierung der bestehenden Regelungen.

Eine besondere Regelung im Vergleich zur Inlandskonstellation ist gerechtfertigt. In Deutschland ist die Subsidiarität der Beihilfe bei selbst berufstätigen, in der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern nicht zu beanstanden, denn sie sind in der Regel auf Grund ihrer Berufstätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Das Leistungsspektrum von Beihilfe und Leistungen nach SGB V sind grundsätzlich vergleichbar. Anders als in Deutschland weichen die aus dem ausländischen Arbeitsverhältnis erwachsenden Ansprüche im Krankheitsfall oft deutlich vom Leistungsspektrum der Beihilfe ab. Dies kann eine deutliche Schlechterstellung der mitausreisenden Partnerinnen und Partner im Hinblick auf die Möglichkeit der Berufsausübung bedeuten.

Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung auf Grund der wiedereingeführten Regelung in § 47. Hier ist es zwingend erforderlich, dass vor Berechnung der Beihilfe die Aufwendungen, die von der Krankenkasse zu tragen sind, von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen werden.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Berücksichtigung des Änderungsbedarfes, der sich aus dem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I. Nr. 50/2019, S. 2652 ff) sowie durch das Inkrafttreten des Gesetzes über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten (Soldatenentschädigungsgesetz - SEG, BGBl. I S. 3932) und des Gesetzes zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20. August 2021 (BGBl. I 3932 ff.) auch für das Berliner Beihilferecht ergibt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchstabe cc.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zu Buchstabe cc.

Zu Doppelbuchstabe dd

Hier ist eine Ausnahmeregelung für berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamtinnen und Beamten im Ausland entsprechend § 3 LBhVO geboten, um auslandsspezifische Benachteiligungen zu vermeiden. Nach § 3 LBhVO sind auch diejenigen Beamtinnen und Beamten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 beihilfeberechtigt.

In vielen Staaten gibt es Pflichtversicherungen, die zwar einen Zugang zu dem dortigen Gesundheitssystem zulassen, der aber keineswegs dem Standard in Deutschland entspricht. In solchen Fällen würde § 9 Absatz 3 Satz 3 dazu führen, dass Beihilfeleistungen nicht möglich wären. Es ist schwer zu rechtfertigen, dass der Dienstherr ohne Unterstützung die berufliche Betätigung im Ausland erschwert und die Familienangehörigen letztlich gesundheitliche Risiken eingehen müssen, um beruflich tätig zu bleiben. Durch die Aufnahme einer Berufstätigkeit durch mitausreisende Partnerinnen und Partner, darf es im Vergleich zu nicht berufstätigen mitausreisenden Ehe- und Lebenspartnern zu keiner Schlechterstellung in der medizinischen Versorgung kommen. Im Gegensatz zu allen anderen Arbeitnehmern vor Ort und damit auch zu „echten“ lokal Beschäftigten verlegen mitausreisende Ehe- und Lebenspartner nur vorübergehend und im dienstlichen Auftrag ihren Wohnsitz in das Gastland. Es ist unbillig, sie vordringlich auf die ihnen im jeweiligen Gastland zustehende gesetzliche medizinische Versorgung zu verweisen. Eine besondere Regelung im Vergleich zur Inlandskonstellation ist gerechtfertigt. In Deutschland ist die Subsidiarität der Beihilfe bei selbst berufstätigen, in der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner nicht zu beanstanden, denn sie sind in der Regel auf Grund ihrer Berufstätigkeit in der GKV versichert. Das Leistungsspektrum von Beihilfe und Leistungen nach SGB V sind grundsätzlich vergleichbar. Anders als in Deutschland weichen die aus dem ausländischen Arbeitsverhältnis erwachsenden Ansprüche im Krankheitsfall oft deutlich vom Leistungsspektrum der Beihilfe ab. Dies kann eine deutliche Schlechterstellung der mitausreisenden Partnerinnen und Partner im Hinblick auf die Möglichkeit der Berufsausübung bedeuten.

Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 11)

Redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe a.

Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 12)

Redaktionelle Änderung. Beamtinnen und Beamte stehen in einem Dienstverhältnis und haben kein Arbeitsverhältnis. Insofern ist „dienstunfähig“ sprachlich der richtige Terminus.

Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 15a)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe c

Umsetzung der Rechtsprechung des VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 1. Februar 2019, 2 S 1352/18, wonach eine Altersdifferenzierung bei sonst vorliegenden Voraussetzungen gleichheitswidrig ist.

Zu Artikel 1 zu Nummer 12 (§ 18)**Zur Überschrift**

Redaktionelle Klarstellung

Zu Absatz 1

Nennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen. Es wird darauf hingewiesen, dass psychoanalytisch begründete Verfahren die beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie beinhaltet (vgl. § 19 Absatz 1 und § 16 Absatz 2 der Psychotherapie-Richtlinie).

Die Nennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für probatorische Sitzungen ist redaktioneller Art und dient der Rechtsklarheit.

Zu Absatz 2

Regelung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung in Anlehnung an § 11a der Psychotherapierichtlinie.

Zu Absatz 3

Redaktionelle Klarstellung und Zentrierung der bisher in der LBhVO nur unvollständig geregelten Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für probatorische Sitzungen, wie etwa § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2.

Übernahme der Änderungen im Bereich des Gruppensettings in Anlehnung an § 12 Absatz 3 der Psychotherapierichtlinie.

Zu Absatz 4

Redaktionelle Änderungen und weitere Anpassungen in Anlehnung an § 13 der Psychotherapie-Richtlinie.

Zu Absatz 5

Folgeänderung zu Nummer 9 Buchstabe d.

Im Vordergrund der Regelung steht die somatische Abklärung vor einer psychotherapeutischen Maßnahme. Wer im Anschluss daran psychotherapeutische Maßnahmen durchführen darf, ist in Anlage 3 geregelt und an dieser Stelle obsolet.

Zu Absatz 6

Redaktionelle Anpassung und Korrektur von fehlerhaften Normverweisen

Zu Artikel 1 zu Nummer 13 (§ 18a)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Regelung zur wirkungsgleichen Umsetzung des § 28 Absatz 7 der Psychotherapierichtlinie, wonach bei hälftiger Regelbehandlungsdauer die Kontingente entsprechend erhöht werden.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 6 (§ 18 Absatz 3).

Zu Buchstabe d

Durch die Einführung einer Experimentierklausel zum Wegfall des Gutachterverfahrens wird die Möglichkeit geschaffen, kosten- und aufwandsminimierend bei gleichzeitig hoher Rechtssicherheit Psychotherapieverfahren zu bewilligen. Die gutachterlichen Anerkennungsquoten liegen zwischen 95 % bei Einzelbehandlungen und 100 % bei Gruppenbehandlungen. Mithin ist davon auszugehen, dass Gutachterverfahren nicht zwingend zur Qualitätssicherung einer ambulanten Psychotherapie beitragen. Den Festsetzungsstellen, die den erforderlichen Sachverstand nicht vorhalten können, bleibt es indes unbenommen, ein Gutachterverfahren durchzuführen.

Zu Buchstabe e

Wirkungsgleiche Regelung entsprechend § 11 Absatz 10 Satz 3 der Psychotherapievereinbarung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021, in Kraft seit 1. Oktober 2021.

Zu Artikel 1 zu Nummer 14 (§ 19)

Homogenisierung des Beihilferechts um eine rechtliche Dopplung mit § 6 Absatz 3 zu vermeiden.

Zu Artikel 1 zu Nummer 15 (§ 20)

Zu Buchstabe a

Homogenisierung des Beihilferechts, um eine rechtliche Dopplung mit § 6 Absatz 3 zu vermeiden.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung durch die Aufnahme von Kurzzeiththerapien. Daher ist die gesonderte Regelung für Verhaltenstherapie nicht mehr erforderlich.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Artikel 1 zu Nummer 16 (§ 20a)

Aufnahme des Richtlinienverfahrens „Systemische Therapie“ in die LBhVO und damit wirkungsgleiche Übertragung der gesetzlichen Regelung. Die „Systemische Therapie“ ist ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Schwerpunkt auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen, insbesondere auf Interaktionen zwischen Familienmitgliedern und deren sozialer Umwelt liegt.

Die „Systemische Therapie“ ist nur anzuwenden bei Erwachsenen.

In Ausnahmefällen kann von der festgeschriebenen Höchstzahl von Sitzungen abgewichen werden.

Zu Artikel 1 zu Nummer 17 (§ 21)

Änderung ist erforderlich, da der Begriff „progressive Muskelrelaxation nach Jacobson“ der entsprechende Fachausdruck ist.

Zu Artikel 1 zu Nummer 18 (§ 22)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Anpassung auf Grund des Außerkrafttretens des Medizinproduktgesetzes zum 26.05.2021.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufnahme eines Verweises auf Anlage V der AM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 SGB V im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung. Die bisherige Anlage 4 nahm zeitversetzt inhaltlich vollumfänglich auf die Regelung der Anlage V der AM-RL Bezug. Dort neu hinzugekommene und erstattungsfähige Medizinprodukte waren zunächst nicht beihilfefähig, bis das Beihilferecht wieder aktualisiert worden ist. Mit dem Bezug auf Anlage V der AM-RL wird stets wirkungsgleich die aktuelle Rechtslage in den Festsetzungsstellen angewandt. Insoweit wird zum einen der bisherigen, vorübergehenden Schlechterstellung der beihilfeberechtigten Personen entgegengewirkt. Durch die Inbezugnahme können zum anderen informationstechnisch die Tabellen der Anlage V in den Abrechnungssystemen hinterlegt werden, wodurch beihilfespezifischer Verwaltungsaufwand vermieden wird und hierdurch Kosten eingespart werden.

Die Streichung der Schriftform eines Rezepts erfolgt aus Gründen sowohl der Homogenisierung des Rechts wie schon etwa in §§ 23 und 25 geregelt, dem Abbau von Schriftformerfordernissen und nicht zuletzt der rechtlichen Öffnung des Beihilfeverfahren zur Nutzbarmachung des „E-Rezepts“.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Regelung zur wirkungsgleichen Einführung der der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V (AM-RL) Anlage II in der jeweils geltenden und gemäß § 94 Absatz 2 SGB V im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung. Die bisherige Anlage 5 (Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen) nahm zeitversetzt inhaltlich vollumfänglich auf die Regelung der Anlage II der AM-RL Bezug. Mit dem wirkungsgleichen Bezug auf Anlage II der AM-RL wird stets die aktuelle Rechtslage in den Festsetzungsstellen angewandt. Durch die Inbezugnahme können IT-technisch die Tabellen der Anlage II in den Abrechnungssystemen hinterlegt werden, wodurch beihilfespezifischer Verwaltungsaufwand vermieden und hierdurch Kosten eingespart werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Anpassung an die Regelungen der GKV, die die Übernahme der Kosten für hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung (sog. „Pille“) bis zum 22. Lebensjahr ausgeweitet haben (Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch).

Zu Doppelbuchstabe cc

Wirkungsgleiche Übertragung der Regelung des Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe d des Gesetzes zur Stärkung der vor-Ort-Apotheken vom 9. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2870). Danach wurde in § 129 Absatz 5g SGB V aufgenommen, dass Apotheken bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Wege des Botendienstes je Lieferort und Tag einen zusätzlichen Zuschlag in Höhe von 2,50 Euro zuzüglich Umsatzsteuer erheben können.

Zu Buchstabe d

Vereinfachung der Festbetragsregelung durch direkten Verweis auf die durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bekanntgegebenen Höchstbeträge. Das BVerwG hat mit seinem Urteil vom 14. Dezember 2017 - 5 C 17.16 - die Zulässigkeit der hier gewählten Form der dynamischen Verweisung auf die Festbeträge, die nach dem Recht der GKV für Arzneimittel festgesetzt werden, für das Niedersächsische Beihilferecht, bestätigt.

Zur Einschränkung der Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen über § 22 Absatz 3 LBhVO ist zu beachten, dass davon ausgegangen wird, dass im Regelfall bei Verabreichung eines Wirkstoffs, der einer Festbetragsgruppe angehört, ein angemessenes Portfolio an Arzneimitteln zur Verfügung steht. Wenn aber aus medizinischen Gründen in seltenen Ausnahmefällen nur ein Arzneimittel außerhalb der Festbetragsgruppe mit einem höheren Apothekenabgabepreis in

Frage kommt, ist Absatz 3 nicht anwendbar. Dies kann in Fällen zutreffen, in denen die aus der Festbetragsgruppe zur Verfügung stehenden Medikamente unverträglich sind. 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 oder es im konkreten Einzelfall nicht zumutbar ist, weitere langwierige Therapieversuche mit allen anderen in Betracht kommenden Festbetragsmedikamenten zu absolvieren, nachdem mit einem nicht zur Festbetragsgruppe gehörenden Arzneimittel ein lebenswichtiger Therapieerfolg erzielt werden konnte.

Der Ausnahmefall ist durch eine ärztlich fundierte Stellungnahme der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes zu belegen.

Die übrigen Voraussetzungen zur Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln bleiben unberührt. Steht ein Arzneimittel, das einer Festbetragsgruppe angehört, aufgrund von nachgewiesenen (z. B. durch Bescheinigung der Apotheke) Lieferengpässen nicht zur Verfügung oder ist nicht mit angemessenem Aufwand erhältlich und kommt nur ein Arzneimittel außerhalb der Festbetragsgruppe mit einem höheren Apothekenabgabepreis in Betracht, kann von der Regelung nach Absatz 3 bis zur Beseitigung der Lieferengpässe abgewichen werden.

Zu Artikel 1 zu Nummer 19 (§ 23)

Zu Buchstabe a

Wirkungsgleiche Übernahme der im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erweiterten Verordnungsbefugnis für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für Ergotherapie zur Sicherung der ärztlichen Versorgung im Bereich der Heilmittel (BANZ AT 17. Dezember 2020 B7).

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Buchstabe a

Zu Artikel 1 zu Nummer 20 (§ 24)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung auf Grund der Aufnahme von Aufwendungen für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund Artikel 1 Nummer 5 der Vierten Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung vom 7. Dezember 2021 (GVBl. I S. 1354).

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisherige Formulierung mit definierten Berufsgruppen hat sich durch die Vielfalt von Komplextherapien und Leistungserbringern unterschiedlicher Fachrichtungen überholt. Zudem ist für die Praxis die Nachvollziehbarkeit der Zusammensetzung des Behandlungsteams häufig nicht möglich.

Zu Buchstabe c

Im Bereich der GKV wird die Versorgung psychisch Kranker unter anderem durch psychiatrische Institutsambulanzen erbracht, die nach § 118 Absatz 1, 2 und 4 SGB V zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ermächtigt sind. Hierzu gehören Ambulanzen von psychiatrischen Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, welche nach den dortigen Regelungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. Darüber hinaus wird die ambulante Versorgung durch Institutsambulanzen von psychosomatischen Krankenhäusern sowie von psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen psychosomatischen Abteilungen sichergestellt (§ 118 Absatz 3 SGB V).

Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen erbringen ambulante spezialisierte und berufsgruppenübergreifende Leistungen, insbesondere auch in Form von Komplextherapien. Ziel ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung. Ambulanzen von psychiatrischen Krankenhäusern (§ 118 Absatz 1 SGB V) erbringen darüber hinaus auch psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsleistungen für Patientinnen und Patienten, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung im Krankenhaus angewiesen sind.

Die Vergütung der ermächtigten psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen wird in der GKV durch Vereinbarung nach § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V (Vergütungsvereinbarung) geregelt. Es werden danach Vergütungsvereinbarungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen geschlossen. Aufwendungen sind nur bis zur Höhe der Vergütungen in den Vergütungsvereinbarungen beihilfefähig. Entsprechendes gilt bei Abschluss von Vereinbarungen mit anderen Leistungsträgern. Mit der Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung durch psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen im Rahmen des Leistungsumfangs und der vereinbarten Vergütungen im Bereich der GKV können auch Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige diese Angebote nutzen. Ein dem § 18a Absatz 3 LBhVO entsprechendes Anerkennungsverfahren ist nicht vorgesehen.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe e

Mit der Aufnahme von Beihilfeträgern soll sichergestellt werden, dass auch Aufwendungen integrierter Versorgung, die durch eine Vereinbarung zwischen den Leistungserbringern und Beihilfeträgern geschlossen wurden, als beihilfefähig anerkannt werden können. Es ist nicht

immer zwingend erforderlich, dass die für Beihilfe zuständige Senatsverwaltung als Verordnungsgeber der LBhVO selbst Verträge schließt oder solch einem Vertrag beitrifft.

Zu Buchstabe f

Angleichung der Regelungen an das Recht der GKV bei ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation entsprechend den Vorgaben in § 76 Absatz 3 LBG (§ 43 Absatz 2 SGB V).

Zu Artikel 1 zu Nummer 21 (§ 25)

Zu Buchstabe a

Mit der neuen Formulierung wird klargestellt, dass für die Ersatzbeschaffung eines vor Ablauf von sechs Monaten unbrauchbar gewordenen Hilfsmittel z. B. die Beschädigung der Sehhilfe ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig ist.

Darüber hinaus mussten in der bisherigen Verwaltungspraxis Aufwendungen für den Ersatz eines verloren gegangenen Hilfsmittels, z. B. die Sportbrille eines Kindes, im Wege der teleologischen Extension unter den Begriff des „unbrauchbar gewordenen Gegenstandes“ subsumiert werden. Andernfalls wäre eine Erstattung abzulehnen gewesen. Die Rechtsnorm wurde insoweit – zwar zweckentsprechend – auf Fälle ausgedehnt, die ihrem Wortlaut nicht entsprach. Um nunmehr den Willen des Verordnungsgebers an die Stelle des Auslegers zu rücken und zur Vereinfachung in der Verwaltungspraxis ist die bisherige Regelung um die Gegenstände, die verloren gegangen sind, zu erweitern.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Änderung. Der Nebensatz hat keinen regelnden Charakter und kann mithin gestrichen werden.

Zu Buchstabe c

Mit der Anhebung der Betragsgrenzen können die Festsetzungsstellen in Einzelfällen bei Aufwendungen von bis zu 600 Euro eigenständig entschieden. Die Anhebung der Betragsgrenzen für das Zustimmungserfordernis bzw. die Einvernehmensregelung dient dem Abbau überflüssiger Verfahrensschritte und führt zu einer Verfahrensbeschleunigung.

Zu Buchstabe d

Angleichung an das Recht der GKV (Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a des Terminservice- und Versorgungsgesetzes). Durch diese Regelung erhalten Versicherte einen Anspruch auf Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte auf Grund seines körperlichen Zustandes bei Blutentnahmen und Injektionen auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und von ihm ein erhöhtes Infektionsrisiko ausgeht. Durch den Sicherheitsmechanismus wird die pflegende Person vor dem Risiko der Infizierung mit einer Krankheit geschützt. Dies ist insbesondere bei Diabetikern relevant, bei denen Pflegekräfte oder Angehörige die Punktion und Messung des Blutzuckerwertes sowie die Injektion des Insulins übernehmen. Die zur Versorgung erforderlichen Hilfsmittel wie beispielsweise Lanzetten, Kanülen und Portnadeln werden dem

Versicherten durch den behandelnden Arzt verordnet. Die Instrumente mit Sicherheitsmechanismus sind in der Regel nicht erforderlich, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Somit sind sie nach geltender Rechtslage nicht verordnungsfähig. In der Folge müssen Arbeitgeber der Pflegekräfte zum Schutz ihrer Beschäftigten die verordneten Hilfsmittel gegen die Instrumente mit Sicherheitsmechanismus austauschen, was zu einer unnötigen und kostenintensiven Doppelversorgung führt. Bei der Pflege durch Angehörige und andere private Pflegepersonen müssen die Pflegebedürftigen oder ihre Pflegepersonen die Kosten für die Sicherheitsinstrumente selbst tragen oder das Risiko einer Infektion eingehen, was nicht zumutbar ist. Der Anspruch ist auf solche Versicherte beschränkt, von denen eine erhöhte Infektionsgefährdung ausgeht. Die Diagnosen und Tätigkeiten, bei denen diese erhöhte Gefährdung vorliegt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Hilfsmittel-Richtlinie bis zum 31. Oktober 2019 festzulegen. Dabei kann er sich unter anderem an den Regelungen der Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (-TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege - TRBA 250) orientieren, die unter Punkt 4.2.5 Absatz 4 Ziffern 1 bis 3 Tätigkeiten beziehungsweise Arbeitsbereiche benennt, bei denen Instrumente mit Sicherheitsmechanismus zu verwenden sind (vgl. Änderungsantrag 2 der CDU Fraktion vom 29.01.2019; <https://www.bundestag.de/webarchiv/Ausschuesse/ausschuesse19/a14/anhoerungen/796532-796532>).

Zu Artikel 1 zu Nummer 22 (§ 25a)

Aufwendungen für Digitale Gesundheitsanwendungen lassen sich nicht umfassend unter die bisherigen Begriffsbestimmungen der Bundesbeihilfeverordnung für Medizinprodukte oder Hilfsmittel fassen. Es fehlt die rechtssichere Verortung von eventuellen Dienstleistungen im Zusammenhang mit Digitalen Gesundheitsanwendungen. Es ist daher erforderlich eine Regelung für diese neuartigen und speziellen Formen der medizinischen Versorgung zu treffen und sich ergebende Folgefragen klarstellend zu regeln.

Es erfolgt mithin eine wirkungsgleiche Übertragung der Regelung des § 33a SGB V zu den Digitalen Gesundheitsanwendungen unter Berücksichtigung der Regelungen der Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung - DiGAV) in der Fassung vom 8. April 2020 (BGBl. I S. 768), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist sowie der Verordnung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung - DiPAV) in der Fassung vom 29. September 2022 (BGBl. I S. 1568), die durch Artikel 4a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, sowie der durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gelisteten und im Bundesanzeiger nach § 139e Absatz 1 Satz 3 SGB V bekannt gemachten digitalen Heilmittel in einem neu einzufügenden § 25a LBhVO.

Absatz 1 Nummer 1 bis 4 umfassen abschließend den beihilfefähigen Umfang bei digitalen Gesundheitsanwendungen. Absatz 2 Nummer 1 bis 3 umfassen den nicht beihilfefähigen Umfang bei digitalen Gesundheitsanwendungen.

Zu Absatz 1

Der Verwendung von digitalen Gesundheitsanwendungen kommt insgesamt eine therapieunterstützende Funktion zu. Um medizinisch notwendige digitale Gesundheitsanwendungen von Fitness- und anderer Gesundheitssoftware abzugrenzen, wird auf das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zurückgegriffen. Es ist angebracht und auch vom Aufwand vertretbar, auf die Maßgaben, Diagnosen und Voraussetzungen sowie Nutzungs- und Anwendungsdauer nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verweisen.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung werden gesonderte Preise für digitale Gesundheitsanwendungen ausgehandelt. Daneben gelten für Selbstzahler abweichende Preise. Im Sinne von § 6 Absatz 3 LBhVO ist regelmäßig die Standardversion einer digitalen Gesundheitsanwendung als angemessen anzusehen. Versionen mit erweitertem Anwendungsumfang beinhalten üblicherweise Komfortfunktionen für den Nutzer, für welche eine medizinische Notwendigkeit regelmäßig zu verneinen ist. In Ausnahmefällen besteht aber die Möglichkeit davon abzuweichen, wenn die Notwendigkeit einer erweiterten Version ärztlicherseits schriftlich begründet wird. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn eine die digitale Gesundheitsanwendung nutzende Person behinderungsbedingte Einschränkungen hat und die Funktionen der erweiterten Version die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erst ermöglichen.

Für einige digitalen Gesundheitsanwendungen wird spezielles Zubehör benötigt (zum Beispiel ein Energieband), damit die digitale Gesundheitsanwendung funktioniert. Das Zubehör wird dann ausschließlich für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen benötigt. In diesen Fällen kann eine Beihilfefähigkeit bejaht werden.

Zu Absatz 2 Nummer 1

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind die zur Nutzung der Digitalen Gesundheitsanwendung wie ebenfalls bei telemedizinischen Leistungen erforderlichen Endgeräte (Smartphone, Tablet, Laptop, Smartwatch, etc.). Es ist davon auszugehen, dass diese Endgeräte regelmäßig nicht ausschließlich für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen angeschafft und verwendet werden. Der Funktionsumfang wird regelmäßig nicht nur auf die Nutzung der speziellen digitalen Gesundheitsanwendung ausgelegt sein. Es ist davon auszugehen, dass solche Endgeräte im Rahmen der allgemeinen Lebensführung in Haushalten vorhanden sind. Laut Daten des Statistischen Bundesamtes zu „Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien“ vom 20. Januar 2021 hatten zum Stand 2020 in Deutschland 92 Prozent der Haushalte einen Internetanschluss und laut den Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Einkommens- und Verbrauchsstichprobe vom 30. Oktober 2018 hatten zum

Stand 1. Januar 2018 81,2 Prozent aller Haushalte einen mobilen PC (Laptop, Notebook, Netbook, Tablet) und der Großteil aller Haushalte ein Mobiltelefon.

Zu Absatz 2 Nummer 2

Die anfallenden Kosten für den Strom und Datenverbrauch sind ebenfalls nicht beihilfefähig und werden den allgemeinen Lebenshaltungskosten zugerechnet. Zum einen ist es in der Praxis nahezu ausgeschlossen, den durch die digitale Gesundheitsanwendung erhöhten Strom und Datenverbrauch gezielt nachweis- und nachprüfbar zu erfassen. Zum anderen dürften die zusätzlichen Kosten für den erhöhten Stromverbrauch sowie den erhöhten Datenverbrauch im Zeitalter von WLAN sowie Flatratetarifen marginal sein.

Zu Absatz 2 Nummer 3

Für die Zweit- und Mehrfachbeschaffungen von digitalen Gesundheitsanwendungen zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten besteht keine medizinische Notwendigkeit, da hierfür regelmäßig der Nutzerkomfort im Vordergrund stehen dürfte. Der Ausschluss umfasst auch den Fall, dass eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung gekauft wird, welche Lizenzen zur Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet.

Zu Absatz 2 Nummer 4

In anderen Fällen ist das Zubehör den nicht beihilfefähigen allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen, insbesondere dann, wenn das Zubehör auch ohne die digitale Gesundheitsanwendung genutzt werden kann (zum Beispiel Kopfhörer, digitale Waagen).

Zu Artikel 1 zu Nummer 23 (§ 26)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Es erfolgt eine inhaltliche, aber grundsätzlich wirkungsgleiche Neugestaltung der Regelung zur § 26 Absatz Satz 1 Nummer 5 Buchstabe b LBhVO.

Nach der bisherigen Regelung musste ein verwaltungsintensiver Prüfaufwand zur Ermittlung zu den reinen Kosten der Zweibettzimmer ohne Komfortleistungen der jeweiligen Abteilung betrieben werden.

Aufgrund der inzwischen unübersichtlichen Ausstattungs- und Variantenvielfalt von Zweibett-Unterkünften in Krankenhäusern in Kombination mit teilweise gestaffelten Preisen erwiesen sich insbesondere die Ermittlung der nicht beihilfefähigen Komfortleistungen als zunehmend administrative Herausforderung.

Auch die beihilfeberechtigten Personen können bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung nicht überblicken, welche Kosten für die Wahlleistung Unterkunft von der Beihilfe erstattet werden.

Die bisherige Regelung führt ferner zu Irritationen im Rahmen der Direktabrechnung, da für die beteiligten Krankenhäuser nicht transparent ist, welche Kosten von der Beihilfe erstattet werden.

Insoweit ist es notwendig, die beihilferechtliche Höchstgrenze von Aufwendungen für die Wahlleistung „Unterkunft“ in zugelassenen Krankenhäusern (§ 26 LBhVO) inhaltlich wirkungsähnlich in Anlehnung an die Regelung in § 26a Absatz 1 Nummer 3 noch weiter zu vereinfachen, um die Handhabung im Verwaltungsvollzug, aber auch eine bessere Nachvollziehbarkeit der beihilfefähigen Aufwendungen durch beihilfeberechtigte Personen und Dritte zu erreichen.

Basis der Berechnung ist der tägliche Durchschnittsbetrag für ein Zweibettzimmer ohne Komfortleistungen in Deutschland (Quelle:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/landesbasisfallwerte.html> i. V. m. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/KH_BBFW_2023.pdf, derzeit 4 000,71 Euro für den Vereinbarungszeitraum 2023).

Im Interesse einer kostenneutralen Normänderung zur beihilferechtlichen Höchstgrenze von Aufwendungen für die Wahlleistung „Unterkunft“ in zugelassenen Krankenhäusern wird zugleich der bisherige Abzugsbetrag in Höhe von 14,50 Euro täglich eingepreist. Dies ergibt 1,1309390184 %, aufgerundet 1,2 %. Der Prozentsatz ist durch die jährliche Anpassung des bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridors dynamisiert.

Zu Artikel 1 zu Nummer 24 (§ 26a)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Nummer 1

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde in § 17b Absatz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verankert, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für das Jahr 2020 aus dem DRG-System ausgegliedert werden. Die Vergütung der Pflegepersonalkosten wird gleichzeitig in eine separate Pflegepersonalkostenvergütung überführt.

Infolge der Umstellung der Krankenhausvergütung auf eine Kombination aus DRG-Fallpauschalen und tagesbezogenem Pflegeentgelt ist die beihilferechtliche Ermittlung des Höchstbetrages für Krankenhausleistungen nach § 26a Absatz 1 Nummer 1 LBhVO auf eine neue Berechnungsgrundlage zu stellen.

Dabei wird für die Pflegepersonalkostenverordnung der vorläufige Pflegeentgeltwert nach § 15 Absatz 2a Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 4 KHG und mit der Zahl der Belegungstage multipliziert.

Auf Grund der tagesbezogenen Pflegeentgelte wird bei der Berechnung des Höchstbetrages auch nicht mehr auf die mittlere Verweildauer und nicht mehr auf die obere Korridorgrenze des Basisfallwertes abgestellt. Gesondert ausgewiesene Aufwendungen für Zusatzentgelte sind entsprechend dem DRG-Entgeltkataloges beihilfefähig.

Zu Nummer 1 Buchstabe a

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt in einer privaten Klinik wird im 1. Quartal eines Jahres bei anschließender Beihilfeantragstellung der Bundesbasisfallwert (BBFW) aus dem Vorjahr für die erforderliche Kostenvergleichsberechnung herangezogen. Vor dem Hintergrund des umfangreichen Prozesses der Festlegung des BBFW steht dieser grundsätzlich erst ab dem 1. April eines jeden Jahres zur Verfügung. Daher erfolgt eine Konkretisierung des der Höchstbetragsberechnung zu Grunde zu legenden Basisfallwertes.

Zu Nummer 2

Auch die festgelegten Tagessätze für entstandene Aufwendungen von Krankenhausleistungen nach § 26a Absatz 1 Nummer 2 LBhVO sind ab 2020 wegen der Einführung des pauschalen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen durch das PsychEntgeltgesetz vom 21. Juli 2012 nicht mehr anwendbar.

Grundlage für die Ermittlung des Höchstbetrages für Aufwendungen nach § 26a Absatz 1 Nummer 2 LBhVO ist nunmehr der PEPP-Entgeltkatalog unter Zugrundelegung eines Basisfallwertes in Höhe von 300 Euro einschließlich der Zusatzentgelte und ergänzenden Tagesentgelte. Der zugrunde gelegte Basisfallwert von 300 Euro beruht auf dem Mittelwert der Basisfallwerte der Universitätskliniken, welcher aus folgenden Gründen sachgerecht ist.

Bis zur Einführung fester Tagessätze durch die dritte Verordnung zur Änderung der BBhV vom 08.12.2012 (BGBl. I Nr. 44 S. 1935) - Grundlage war hier die Auswertung der Budgetvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser - für Kliniken, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, wurde zur Berechnung des beihilfefähigen Höchstbetrages die vergleichbaren Aufwendungen der entsprechenden Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung genutzt. Krankenhäuser der Maximalversorgung waren dabei grundsätzlich nur die Universitätskliniken.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Änderung zu Artikel 1, Nummer 23 b.

Zu Artikel 1 zu Nummer 25 (§ 26b)

Wirkungsgleiche Übertragung der Regelung des § 39e Absatz 1 Satz 1 bis 3 SGB V. Die Übergangspflege ist ein Surrogat für eine im Anschluss an die Krankenhausbehandlung nicht mögliche originäre Maßnahme der häuslichen Krankenpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch. Es handelt sich bei der Übergangspflege daher nicht um die Fortführung der Krankenhausbehandlung, sondern um Pflege an anderer Stelle, hier im Krankenhaus. Pflegeleistungen sind immanently, dass sie Höchstgrenzen der Erstattbarkeit wie etwa bei § 27 Absatz 1 Satz 2 oder gar nur Teilerstattungen wie in der Kurzzeitpflege nach § 38e kennen. Um diese Systematik abzubilden, aber auch um eine Besserstellung gegenüber denjenigen, die die erforderlichen Maßnahmen sofort in Anspruch nehmen, zu vermeiden, ist der Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Unterkunft notwendig.

Zu Artikel 1 zu Nummer 26 (§ 27)

Wirkungsgleiche Umsetzung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Verordnungsbefugnis von Psychotherapeuten für psychiatrische häusliche Krankenpflege vom 17. September 2020 (BAnz AT 4. Dezember 2020 B3).

Darüber hinaus wird in Absatz 1 mit dem neuen Satz 4 die Regelung des durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz vom 19. Juni 2023 (BGBl. I 2023 Nr. 155) eingefügten § 132a Absatz 4 Satz 8 SGB V wirkungsgleich umgesetzt. Dieser sieht vor, dass bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern § 82c Absatz 2 Satz 1 SGB XI entsprechend gilt. Demnach kann bei diesen Pflegeeinrichtungen eine Bezahlung der Beschäftigten nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit diese das regional übliche Entlohnungsniveau um nicht mehr als 10 Prozent übersteigt. Ergänzt wurde die Vorschrift durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I 2023 Nr. 359), wonach eine Bezahlung von Gehältern, die ihrer Höhe nach über dem Tarifniveau beziehungsweise dem regional üblichen Entlohnungsniveau liegen, bei Vorliegen eines sachlichen Grundes möglich ist.

Zu Artikel 1 zu Nummer 27 (§ 27a)

Zu Absatz 1 und 2

Bisher wurden Fälle der Intensivpflege über § 27 - ähnlich wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - abgerechnet. Durch die wirkungsgleiche Übertragung des § 37c SGB V in das Beihilferecht erfolgt nun eine passgenauere Regelung der außerklinischen Intensivpflege.

Mit § 37c SGB V wurden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für GKV-Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt sowie neugestaltet und damit der bisherige Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V ergänzt.

Anders als bei der häuslichen Krankenpflege ist die Vorlage der ärztlichen Verordnung im Beihilfeverfahren nur dann notwendig, wenn die Feststellung des besonders hohen Bedarfes nicht durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder die Postbeamtenkrankenkasse erfolgt.

Das Erfordernis des besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege kann nach der Regelung in Absatz 1 Satz 2 auf zwei Wegen festgestellt werden:

1. durch die ärztliche Verordnung, aus der sich der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ergibt, oder alternativ
2. durch die Feststellung des besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder die Postbeamtenkrankenkasse. In diesem Fall bedarf es nicht der Vorlage der ärztlichen Verordnung als Nachweis bei der Festsetzungsstelle.

Zu Absatz 3

Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nach § 27 und für vollstationäre Pflege nach § 39 sind neben einer außerklinischen Intensivpflege nicht beihilfefähig.

Zu Artikel 1 zu Nummer 28 (§ 28)

Zu Buchstabe a

Die bisherige Regelung führte dazu, dass der Höchstbetrag unter dem garantierten Mindestlohn nach dem Mindestlohngesetz liegt. Insoweit ist eine Angleichung geboten. Mit der Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge für eine Familien- und Hauspflegekraft durch die Bezugnahme auf § 1 Absatz 2 des Mindestlohngesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1348), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 28. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 172) geändert worden ist (neuer Betrag ab dem Jahr 2024, 12,41 Euro), multipliziert mit einem Faktor von 1,17, wird eine sich selbst dynamisierende Bezugsgröße geschaffen, die stets einen Mindestabstand zum Mindestlohn von mehr als 2,00 Euro garantiert.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Nummer 27.

Zu Artikel 1 zu Nummer 29 (§ 30a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung der neuen Berufsbezeichnung mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Buchstabe a und redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Artikel 1 zu Nummer 30 (§ 31)

Zu Buchstabe a

Die Neustrukturierung der bisherigen Regelung dient der Klarstellung und einer besseren Handhabung sowie der gebotenen, weiteren Angleichung an das Recht der GKV u. a. bei medizinischen notwendigen Fahrten einer Krebstherapie (Krankentransport-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004, zuletzt geändert am 19. September 2024 (BANZ AT 16.12.2024 B3), insbesondere der Änderung vom 18. Februar 2016 (BANZ AT 04.05.2016 B2). mit der die Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der RL erweitert wurden.

Zu Absatz 1

Dieser beinhaltet inhaltlich die bisherige Regelung des Absatzes 2.

Zu Absatz 1 Nummer 5:

Wirkungsgleiche Übernahme der Änderung der Krankentransport-Richtlinie vom 20. Oktober 2022 (BANZ AT 10.01.2023 B2), in Kraft getreten am 11. Januar 2023.

Zu Absatz 2

Absatz 2 sieht nunmehr in den aufgeführten Fällen keine ärztliche Verordnung mehr vor. In den aufgezählten Fällen ist auf Grund der Grunderkrankung, der Behinderung oder des Pflegegrades davon auszugehen, dass eine ärztliche Verordnung wohl in allen Fällen erteilt werden dürfte, mithin hierin ein reiner Formalismus liegen würde.

Sollte aus den beigegeführten Belegen der Anlass der Fahrt nicht ersichtlich sein, ist dieser gesondert nachzuweisen. Dies kann zum Beispiel durch Vorlage der ärztlichen Rechnung, aus der der Tag der notwendigen Behandlung hervorgeht, erfolgen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen für Fahrtkosten, die sich ausschließlich nur auf den direkten Weg zwischen Aufenthaltsort und Behandlungsort bezieht. Zur Rechtssicherheit wurde die Regelung aus den allgemeinen Verwaltungsvorschriften in die Verordnung übernommen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 beinhaltet nunmehr eine zentrale Norm für Fragen der Beihilfefähigkeit, speziell der Notwendigkeit und Angemessenheit von im Rahmen von Fahrten entstandenen Aufwendungen. Sie zieht bereits vorhandene Regelungen wie die Wegstreckenentschädigung oder Rettungsfahrten zusammen, regelt aber unter Beachtung der Normaussagen in § 4 des Bundesreisekostengesetzes auch Tatbestände der sonst in Frage kommenden Verkehrsmittel.

Zu Absatz 5

Absatz 5 beinhaltet im Wesentlichen die bisherige Regelung des Absatzes 3. Die neuen Nummern 2 und 3 dienen der Klarstellung.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Artikel 1 zu Nummer 31 (§ 34)

Zu Buchstabe a

Erweiterung der Berücksichtigung von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111c SGB V als Leistungserbringer, bei denen entstandene Aufwendungen zur Anschlussheilbehandlung beihilfefähig sind.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 4

Redaktionelle Änderungen.

Herauslösen der Fahrtkosten durch Verweisungen.

Die Beihilfefähigkeit von entstandenen Fahrtkosten im Zusammenhang mit Anschlussheil- und Suchtbehandlungen werden künftig in einem gesonderten Absatz geregelt.

Zu Absatz 5

Einführung eines neuen Absatzes, der die beihilfefähigen Aufwendungen der Kosten für die Hin- und Rückfahrt im Zusammenhang mit Anschlussheil- und Suchtbehandlungen regelt

Die bisherigen Verweisungen bezüglich der Fahrtkosten waren nicht praktikabel und führten zum Teil zu fehlerhaften Anwendungen und Schlechterstellungen gegenüber gesetzlich Krankenversicherten. Die gesonderte Regelung ist klarer, übersichtlicher und einfacher zu handhaben. Die Begrenzung der Erstattungsfähigkeit für Fahrten mit einem Privat-Pkw orientieren sich an § 35 Absatz 2 Nummer 1 und rechtfertigen sich auch auf Grund der klimapolitischen Zielsetzung der Bundesregierung.

In diesem Zusammenhang auch Homogenisierung der gleichbedeutenden Begrifflichkeiten in §§ 31, 34 und 35.

Zu Absatz 5 Nummer 5

Bei ambulanten Anschluss- und Heilbehandlungen bestand eine Regelungslücke in den Fällen, in denen die Rehabilitationseinrichtung selbst oder ein von ihr beauftragter Dienstleister, jeweils gegen Entgelt, Fahrdienste anbietet. Diese Lücke wird in Anlehnung an § 35 Absatz 2 Satz 3 geschlossen.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchstabe b und redaktionelle Änderungen bezüglich der Verweisungen.

Zu Artikel 1 zu Nummer 32 (§ 35)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Eine Ergänzung der bisherigen Regelung ist notwendig, damit auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen des EU-Auslands wie im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung genutzt werden können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Angleichung an die Regelung der GKV. Die Begriffe „Rehabilitationssport und Funktionstraining“ erfassen nicht nur das Training in Herzgruppen, sondern gehen darüber hinaus (z. B. Rheuma-Funktionstraining). Während beim Rehabilitationssport in Herzgruppen die ständige, persönliche Anwesenheit einer betreuenden Ärztin oder eines betreuenden Arztes während der Übungseinheiten verlangt wird (vgl. Nummer 12.2 der Rahmenvereinbarung), ist dies bei den anderen Trainingseinheiten nicht erforderlich.

Zu Doppelbuchstabe cc

Herauslösen der bisherigen Anlage 13 „*Heilbäder- und Kurortverzeichnis*“ aus der Verordnung, um diese zu entschlacken und um die Möglichkeit zu schaffen, Änderungen schneller und aktueller umzusetzen. Der Verordnungsrang ist nicht notwendig, da es sich hier um eine Serviceleistung handelt.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2

Die derzeitige Regelung in § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 ist unvollständig und bedarf der Überarbeitung. Mit Rücksicht auf den Umfang der Änderungen wird Absatz 2 neu gefasst.

Homogenisierung der gleichbedeutenden Begrifflichkeiten in den §§ 31, 34 und 35.

Mit Satz 3 wird klargestellt, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit die Aufwendungen auch für den Verdienstausfall von Begleitpersonen als beihilfefähig anerkannt werden können. Insofern ist die bisherige Regelung missverständlich.

Streichung der prozentualen Begrenzung für Unterkunft und Verpflegung von Begleitpersonen, da diese nicht sachgerecht erscheint, wenn eine Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch notwendig ist. Mit der Streichung erfolgt auch eine Angleichung an die Kostentragung von GKV und Rentenversicherungsträger.

Klarstellung, welche Voraussetzungen vorliegen müssen, dass Aufwendungen für eine Begleitperson als beihilfefähig anerkannt werden können.

Ambulante Kurmaßnahmen können über mehrere Wochen mit mehreren Terminen pro Woche dauern. Hier wäre eine Beschränkung der pro Behandlung anfallenden Fahrtkosten auf 200 Euro nicht sachgerecht.

Für die Hin- und Rückfahrt organisiert in der Regel das Rehabilitationszentrum kostenfrei einen Fahrservice. Allerdings muss dem Gedanken, dass die Übernahme der Fahrtkosten ein Ausnahmefall darstellt, der angemessen und notwendig sein muss, Rechnung getragen werden. Unabhängig des gewählten Verkehrsmittels (öffentlicher Personennahverkehr, Privat-Pkw, Taxi) ist jeweils eine Begrenzung auf maximal 10 Euro pro Behandlungstag für eine Hin- und Rückfahrt vorgesehen. Unerheblich ist dabei, wie viele Behandlungen pro Tag vorgesehen sind und wie viele Fahrten durchgeführt werden. Die Begrenzung auf 10 Euro ergibt sich aus dem Umstand einer wohnortnahen Rehabilitationsmaßnahme. Eine allgemeingültige Definition, was Wohnortnähe bedeutet, gibt es nicht. Ansatzpunkt ist für die Beihilfe, ob sich die Rehabilitationseinrichtung in zumutbarer Zeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen lässt. Hierbei ist in der Literatur eine Fahrtzeit von 30 Minuten pro Fahrstrecke anerkannt (Zimmermann, Die wohnortnahe Versorgung, SGB 2013, S. 558, 559). Dabei sind 10 Euro als Höchstgrenze in nahezu allen Verkehrsverbünden ausreichend.

Zu Absatz 3

Angleichung an das Recht der GKV (§ 11 Absatz 3 Satz 2 und 3 SGB V). Wenn bei einer stationären Krankenhausbehandlung die Anwesenheit einer Begleitperson medizinisch notwendig ist, die Begleitperson aber nicht mitaufgenommen werden kann, sollen künftig auch die Aufwendungen für eine Unterbringung außerhalb des Krankenhauses beihilfefähig sein.

Zu Artikel 1 zu Nummer 33 (§ 36)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Angleichung an das Recht der GKV. Mit Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde § 40 Absatz 2 SGB V dahingehend ergänzt, dass die Krankenkasse für pflegende Angehörige eine stationäre Rehabilitation unabhängig davon erbringt, ob Leistungen einer ambulanten Krankenbehandlung ausreichen.

In der ständigen Bewilligungspraxis werden mindestens 98 Prozent aller ärztlich verordneten und beantragten Rehabilitationsmaßnahmen auf der Grundlage des Ergebnisses des Gutachterverfahrens bewilligt. Die verordnungsrechtlich vorgeschriebenen Gutachterverfahren binden nicht unerhebliche Haushaltsmittel im unterjährigen Verordnungsvollzug. Mit der Umstellung der Prüf- und Bewilligungsvoraussetzungen vom Gutachterverfahren hin zur ärztlichen Bescheinigung können die Kosten zur Durchführung des Bewilligungsverfahrens für die beihilferechtliche Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen erheblich gesenkt werden. Hiervon unberührt bleibt natürlich die Möglichkeit der Festsetzungsstellen, in begründeten Einzel- oder Zweifelsfällen gutachtliche Stellungnahmen in Auftrag zu geben. Als Nebeneffekt tritt zudem die zeitliche Kürzung des Bewilligungsverfahrens zu Gunsten der beihilfeberechtigten Person, aber auch der Administration bei der Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Klarstellung, dass die ärztliche Bescheinigung Aussagen nach Nummer 2 lediglich bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 (stationär) und Nummer 4 (ambulant) enthalten muss, da die Rehabilitationsbedürftigkeit bei einer Mütter-/Väterspezifischen Maßnahme ausschließlich stationär zielführend ist.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Wirkungsgleiche Übernahme der Regelung der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 Absatz 6 Rehabilitations-Richtlinie).

Zu Dreifachbuchstabe ddd

Zu Nummer 4

Neuaufnahme der Taxinutzung. Da Fahrtkosten für Rehabilitationsmaßnahmen nur eingeschränkt beihilfefähig sind, sollen Aufwendungen für Taxifahrten zwar beihilfefähig sein, aber nur für die genannten Personengruppen und unter bestimmten Voraussetzungen. Mit der Einschränkung der Taxinutzung soll die Verhältnismäßigkeit zu den übrigen zu erstattenden Fahrtkosten gewahrt bleiben.

Zu Nummer 5

Für eine Begleitperson ist keine gesonderte ärztliche Bescheinigung notwendig. Die Notwendigkeit muss sich aus dem Gutachten ergeben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Angleichung an das Recht der GKV. Mit Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde § 40 Absatz 2 SGB V dahingehend ergänzt, dass die Krankenkasse für pflegende Angehörige eine stationäre Rehabilitation unabhängig davon erbringt, ob Leistungen einer ambulanten Krankenbehandlung ausreichen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe aaa.

Zu Artikel 1 zu Nummer 34 (§ 38)

Berücksichtigung des Änderungsbedarfes, der sich aus dem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I. Nr. 50/2019, S. 2652 ff) für das Berliner Beihilferecht ergibt.

Zu Artikel 1 zu Nummer 35 (§ 38a)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung. In § 38 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) handelt es sich nicht um Sätze, sondern um Beträge.

Zu Buchstabe b

Wirkungsgleiche Übernahme des § 39 Absatz 5 SGB XI in das Beihilferecht.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Aufhebung des BVG und des Inkrafttretens des SGB XIV zum 1. Januar 2024. Die §§ 74 bis 76 SGB XIV decken das bislang in § 35 BVG aufgeführte Leistungsspektrum nunmehr SGB systemimmanent ab. Nach § 74 Nummer 1 SGB XIV i. V. m. § 37 SGB XI kann ein der Pauschalbeihilfe entsprechendes Pflegegeld gezahlt werden. § 75 und § 76 SGB XIV enthalten ergänzende Leistungen zu § 74 Nummer 1 SGB XIV. Diese waren inhaltlich auch bereits in § 35 BVG angelegt.

Ebenfalls Folgeänderung auf Grund des Inkrafttretens des SEG durch das Gesetz über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20. August 2021 (BGBl. I 3932 ff.). Nach § 17 SEG i. V. m. § 44 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch können der Pauschalbeihilfe entsprechende Leistungen gezahlt werden.

Zu Buchstabe d

Anpassung an die Neustrukturierung des § 37 Absatz 3 ff. SGB XI.

Zu Artikel 1 zu Nummer 36 (§ 38b)

Wirkungsgleiche Übernahme des § 39 Absatz 5 SGB XI in das Beihilferecht.

Zu Artikel 1 zu Nummer 37 (§ 38c)

Wirkungsgleiche Übernahme des § 42a SGB XI in das Beihilferecht sowie Berücksichtigung des Artikel 2a Nummer 12 des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155).

Zu Artikel 1 zu Nummer 38 (§ 38e)

Berücksichtigung des Artikels 2a Nummer 12 des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155).

Zu Artikel 1 zu Nummer 39 (§ 38g)

Wirkungsgleiche Übernahme der §§ 39a und 40a SGB XI in das Beihilferecht.

Zu Artikel 1 zu Nummer 40 (§ 39)

Zu Buchstabe a

Wirkungsgleiche Übertragung des § 43c SGB XI in das Beihilferecht.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Nummer 54 Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Präzisierung der Härtefallregelung durch Einbeziehung weiterer Einnahmearten. Hierdurch soll vermieden werden, dass trotz ausreichender, bislang aber nicht berücksichtigungsfähiger Einnahmen ein Härtefall angenommen werden muss, obwohl faktisch kein solcher vorliegt. So konnten bislang Erwerbseinkünfte von Tarifbeschäftigten, die später verbeamtet wurden, nicht berücksichtigt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchstabe c Doppelbuchstabe aa

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe e

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 54 Buchstabe a

Zu Artikel 1 zu Nummer 41 (§ 39a)

Angleichung der Regelungen an das Recht der gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 43a SGB XI).

Zu Artikel 1 zu Nummer 42 (§ 39b)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Nummer 38.

Zu Buchstabe b

Vor dem Hintergrund der künftigen regelhaften Dynamisierung der Leistungsbeträge im Bereich der Pflege wird anstelle des festen Betrages für den Zuschuss bei vollstationärer Pflege auf den in § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages dynamisch verwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38f Satz 2 wird mit in die Aufzählung aufgenommen. Diesen Anspruch haben auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, er wurde in § 39b bisher aber nicht mit aufgeführt.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zu Buchstabe c.

Zu Artikel 1 zu Nummer 43 (§ 40)

Zu Buchstabe a und b

Redaktionelle Anpassung.

Zu Artikel 1 zu Nummer 44 (§ 40a)

Wirkungsgleiche Übertragung der gesetzlichen Regelung. Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde 2015 der § 132g in das SGB V aufgenommen, und damit die Möglichkeit geschaffen, dass zugelassene Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen i.S. des § 2 SGB XI den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte sollen über medizinisch und pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden und ihnen sollen Hilfe und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden.

Zu Artikel 1 zu Nummer 45 (§ 41)

Zu Buchstabe a

Übernahme der Regelung der GKV und damit auch Klarstellung, dass zu den beihilfefähigen Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen nach Absatz 1 auch die Aufwendungen für organisierte Früherkennungsprogramme gehören.

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25 Absatz 2 SGB V, für die von der Europäischen Kommission veröffentlichte Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen vorliegen, sollen im GKV-Bereich als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angeboten werden.

Zu Buchstabe b

In § 41 Absatz 3 und 4 werden die materiellen Regelungen aus den dazugehörigen Anlagen 12 und 13 (ehemals 12a) in den Vorschriftenteil übertragen.

Darüber hinaus erfolgt eine Konkretisierung der Absätze 3 und 4 zur Schärfung der Rechts- und Anwendungsklarheit zum Beihilfeanspruch für den Personenkreis nach den §§ 2 und 4 für Aufwendungen, die im Rahmen von Früherkennungsprogrammen für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust-, Eierstock- und Darmkrebsrisiko beihilfefähig sind.

Die Neuregelung zielt darauf ab, den beihilfeberechtigten Personenkreis auf Personen 1. Grades einzuschränken, d. h. die erkrankte Person und die (mutmaßlich) erblich belastete Person müssen ein direktes genetisches Verwandtschaftsverhältnis 1. Grades vorweisen. Darüber hinaus muss für die Person jeweils ein eigener Beihilfeanspruch nach § 2 oder ein Beihilfeanspruch als berücksichtigungsfähige Person nach § 4 bestehen.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe b.

Zu Artikel 1 zu Nummer 46 (§ 42)

Zu Buchstabe a

Durch die Verbindung von Satz 1 und 2 wird klargestellt, dass sich der ehemalige Satz 2 ausschließlich auf Satz 1 Nummer 4 bezieht.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Artikel 1, Nummer 26 Buchstabe e.

Zu Artikel 1 zu Nummer 47 (§ 43 und § 43a)

Zu § 43

Die Regelung des früheren § 43 künftig in zwei Paragraphen mit verschiedenen Absätzen aufzugliedern, dient der besseren Lesbarkeit und dem besseren Verständnis. Der bisherige § 43 Absatz 1 entspricht durch die gleichzeitige redaktionelle Überarbeitung nunmehr § 43 Absatz 1 bis 5. Die redaktionelle Überarbeitung dient der Rechtssicherheit. Es soll schon aus der LBhVO klar ersichtlich sein, welche Aufwendungen bei künstlicher Befruchtung als beihilfefähig anzuerkennen sind. Kein direkter Verweis mehr auf § 27a SGB V, wobei sich die beihilfefähigen Regelungen wie bisher an der Richtlinie über die künstliche Befruchtung des GBA orientieren.

Zu § 43 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8

Anpassung an den medizinischen Fortschritt und die derweil bestehende Rechtslage in Deutschland. Die Qualitätssicherung wird bereits u. a. durch die speziellen Anforderungen in den Berufsordnungen für Ärztinnen und Ärzte in den Bundesländern gewährleistet. Daneben sind EU-Richtlinien und daraus resultierende Gesetze einzuhalten (z. B. Gewebegesetz, Transplantationsgesetz, Embryonenschutzgesetz, Arzneimittelgesetz). Eine darüber hinausgehende Qualitätssicherung (Nachweis einer Genehmigung nach § 121a SGB V) durch die Festsetzungsstellen ist obsolet.

Zu § 43 Absatz 4 Satz 1 Nummer 5

Anpassung der Regelung an Punkt 11.5 b) der Richtlinien über künstliche Befruchtung in der Fassung vom 14. August 1990, veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1990, Nummer 12, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 08.02.2022 B3), in Kraft getreten am 9. Februar 2022.

Zu § 43 Absatz 7

Aufnahme einer Altersgrenze für Kryokonservierung entsprechend der Regelung des § 27a Absatz 4 Satz 2 SGB V in der Fassung vom 6. Mai 2019. Darüber hinaus kann die Zustimmungsregelung/Einvernehmensregelung wegfallen, da die Anwendungsregelfälle bei Kryokonservierung, die unmittelbar durch eine Krankheit bedingt sind, in der Verwaltungspraxis keine Schwierigkeiten bereiten. Die Verwaltungspraxis hat gezeigt, dass entsprechende Anträge auf Grund der überwiegend eindeutigen Fallkonstellationen eigenständig durch die Festsetzungsstelle entschieden werden können. Der Wegfall des Zustimmungserfordernisses bzw. die Einvernehmensherstellung dient dem Abbau nunmehr überflüssiger Verfahrensschritte und führt zu einer Verfahrensbeschleunigung.

Zu § 43 Absatz 8

§ 43 Absatz 8 entspricht dem bisherigen § 43 Absatz 2.

Zu § 43a

§ 43a Absatz 1 entspricht dem bisherigen § 43 Absatz 3.

§ 43a Absatz 2 entspricht dem bisherigen § 43 Absatz 4.

Gleichzeitig erfolgt die Anpassung an die GKV-Regelungen, die die Übernahme der Kosten für hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung (sog. „Pille“) bis zum 22. Lebensjahr ausgeweitet haben (Artikel 3 des Gesetzes zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch vom 22. März 2019).

§ 43a Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 43 Absatz 5.

Zu Artikel 1 zu Nummer 48 (§ 45a)

Zu Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Anpassung.

Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Anpassung.

Doppelbuchstabe cc

Mit der Kündigung der Vereinbarung über die kontrollierte Einführung des Organ Care Systems für Herzen vom 11.10.2011 (siehe Nummer 5. Finanzierungsregelung des Organ Care Systems (OCS™) der Vereinbarung zum DSO-Budget für das Jahr 2024 nach § 7 des Koordinierungsstellenvertrages gemäß § 11 TPG. Abrufbar unter: Vereinbarung DSO-Budget 2023) durch die Vertragspartner die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) und die Firma TransMedics ist die vertragliche Rechtsgrundlage für die pauschale Erstattung der Aufwendungen für den Einsatz des Organ Care Systems für Herzen (OCS™ Herz) je transplantiertem Herz weggefallen (verkündet mit Rundschreiben des BMI 19.01.2023 (D6-30111/48#2)).

Zu Buchstabe b

Spenderinnen und Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sollen nicht mit den Kosten belastet werden. Daher sind notwendige Unterbringungskosten außerhalb des Krankenhauses auch von Hotels als beihilfefähig anzuerkennen. Insbesondere wenn es sich um die jährlichen ambulanten Nachsorgeuntersuchungen der Spender handelt, die nicht am Wohnort des Spenders durchgeführt werden, sondern in dem Krankenhaus, in dem die Spende erfolgte. Ein Abstellen

allein auf die Regelung des § 32 Absatz 1 LBhVO ist hier nicht zielführend und auch nicht angemessen.

Zu Artikel 1 zu Nummer 49 (§ 45b)

Seit 1997 führen die Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen zur Umsetzung des § 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung ein gemeinsames klinisches Krebsregister. Der hierzu geschlossene Staatsvertrag vom 20/24.11.1997 wurde gemäß Senatsbeschluss vom 27.04.2021 (SB Nr. S-4461/2021) gekündigt und ein neuer Staatsvertrag geschlossen (vgl. Drucksache 19/0452 vom 17.08.2022). Das neue Krebsregister wird zukünftig die Bezeichnung „Klinisch-epidemiologisches Krebsregister Brandenburg-Berlin“ führen.

Zu Artikel 1 zu Nummer 50 (§ 47)

Zu Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Klarstellung.

Doppelbuchstabe bb

Berücksichtigung des Änderungsbedarfes, der sich aus dem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I. Nr. 50/2019, S. 2652 ff) sowie durch das Inkrafttreten des SEG durch das Gesetz über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20. August 2021 (BGBl. I 3932 ff.) für das Berliner Beihilferecht ergibt. Nach § 11 SEG wird eine entsprechende Leistung zur Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz eingeführt.

Zu Buchstabe b

Wiedereinführung der bis zum 20.01.2017 geltenden Regelung mit einer jetzt vereinfachten Bearbeitung, dass bei beihilfeberechtigten Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und individuelle Beihilfe in Anspruch nehmen sowie bei berücksichtigungsfähigen Personen, die der Familienversicherung nach § 10 SGB V unterliegen, sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen unter Anrechnung der Leistungen und Erstattungen der Krankenkasse erhöht. Gegenüber dem geltenden Recht wird in der künftigen Fassung auf eine Berücksichtigung eines Zuschusses zu den Krankenversicherungsbeiträgen verzichtet. Dies ist sachgerecht, da eine vergleichbare Regelung bei einem Zuschuss zu den privaten Krankenversicherungsbeiträgen abgeschafft worden ist.

Die Wiederaufnahme dieser Regelung dient der besseren Verzahnung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung von freiwillig versicherten beihilfeberechtigten Personen innerhalb des bewährten Beihilfesystems. Mit der Aufstockung der Beihilfe auf 100 Prozent wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass die Personengruppe der freiwillig gesetzlich versicherten Beamtinnen und Beamten, die individuelle Beihilfe in Anspruch nehmen, ihren

Beitrag in voller Höhe selber tragen müssen. Die Erhöhung der Erstattungsleistungen für beihilfefähige Aufwendungen umfasst daher auch solche Fälle, in denen die medizinische Maßnahme als einheitliche Leistung angesehen werden kann wie bei einem stationären Krankenhausaufenthalt mit gesondert berechenbarer Unterkunft. Unbeschadet hiervon sind etwaige Eigenbehalte, sonstige Minderungs- oder Höchstbeträge.

Bei freiwilliger Vollversicherung in der gesetzlichen Krankenkasse und bei Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe nach § 76 Absatz 5 Landesbeamtengesetz bleibt der Bemessungssatz unverändert.

Ebenso wird eine Aufstockung dann nicht gewährt, wenn keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen wie bei sog. IGEL-Leistungen erfolgen. Hier gilt der normale Bemessungssatz.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchstabe a sowie redaktionelle Änderung aufgrund Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe b.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund Artikel 1 Nummer 48 Buchstabe c.

Zu Artikel 1 zu Nummer 51 (§ 48)

Schaffung der Möglichkeit für Teilbescheide im Falle eines Beihilfeantrages mit unterschiedlichen Belegen, auch einer Krankenhausabrechnung. Künftig wird es vermehrt zu Direktabrechnungen von Krankenhausabrechnungen nach § 51a Absatz 3 kommen. Durch die eingesetzte Prüfsoftware kann es u. U. zu vermehrten Beanstandungen kommen, die eine Klärung mit dem Krankenhaus erfordern, was bei einer einheitlichen Bearbeitung des Beihilfeantrages zu Verzögerungen auch bei einfach zu prüfenden und festzusetzenden Belegen führen könnte. Dies wird durch die Regelung nunmehr vermieden.

Zu Artikel 1 zu Nummer 52 (§ 49)

Erweiterung der Regelung um Eigenbehalte für Leistungen nach dem neu eingefügten § 26b zur Übergangspflege im Krankenhaus in Anlehnung an die Regelung zu § 39e Absatz 2 SGB V einschließlich redaktioneller Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe c.

Zu Artikel 1 zu Nummer 53 (§ 50)

Zu Buchstabe a

Klarstellung, dass die genannten Eigenbehalte bei der Berechnung der Belastungsgrenze nur in der Höhe berücksichtigt werden, mit der die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person auch tatsächlich durch das Beihilferecht belastet wird.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe c

Anpassung auf Grund des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. zum 1. Januar 2024, BGBl. 2019 2652 ff.).

Zu Artikel 1 zu Nummer 54 (§ 51)

Zu Buchstabe a

Doppelbuchstaben aa und bb

Durch die dauerhafte Bewilligung regelmäßig wiederkehrender und gleichbleibender Beträge im Bereich der Pflege wird insbesondere dem Umstand Rechnung getragen, dass eine älter, damit potentiell auch pflegebedürftig werdende Gesellschaft möglichst von überflüssigen Verfahrensmaßnahmen entlastet wird. Hierdurch wird eine in der Pflegeversicherung vergleichbare Situation geschaffen und die Kundenzufriedenheit gesteigert. Bei wiederkehrenden Zahlungen wie etwa der Pauschalbeihilfe bei häuslicher Pflege nach § 38a besteht eine Ausnahme vom Prinzip der Aufwandserstattung. Um Überzahlungen vorzubeugen, haben die Festsetzungsstellen nach einer zwölfmonatigen Beihilfegewährung die Anspruchsvoraussetzungen zu überprüfen.

Die Regelung birgt das Potential zusätzlicher Minimierung des Erfüllungsaufwandes bei denjenigen Festsetzungsstellen, die neue digitale Abrechnungsstrukturen dergestalt implementiert haben, dass die regelmäßige Überprüfung der Voraussetzungen gegebenenfalls automatisiert abgebildet wird. So könnte dies insbesondere im Rahmen der Pauschalbeihilfe aufwandsarm durch einen automatisierten Abgleich der abzurufenden Beratungsbesuche nach § 38a in Verbindung mit § 37 Absatz 3 SGB XI erfolgen.

Zu Buchstabe b

In mehr als 50 Prozent der Fälle reichen die beihilfeberechtigten Personen mit dem Beihilfeantrag die vorliegende Wahlleistungsvereinbarung nicht ein, sodass diese gesondert angefordert werden muss. In der Masse der Fälle führt die Verpflichtung zur Vorlage der Wahlleistungsvereinbarung zu einem hohen bürokratischen Mehraufwand ohne signifikanten Nutzen.

Vor diesem Hintergrund wird die Regelung zur Vorlage antragsrelevanter Unterlagen und Belege modifiziert, um zum einen den administrativen Aufwand zur Abrechnung von Aufwendungen im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen für die Festsetzungsstellen kostengünstiger und effizienter zu gestalten und zum anderen die beihilfeberechtigten Personen grundsätzlich von nicht zwingend notwendigen Nachweis- und Belegpflichten freizuhalten.

Zu Buchstabe c

Mit der Möglichkeit der Festsetzungsstellen, im Einvernehmen mit der jeweiligen fachaufsichtführenden Behörde auf die Mindestbetragsregelung nach § 51 Absatz 8 Satz 1 zu verzichten, wird ein langjähriger Streitpunkt zwischen den beihilfeberechtigten Personen und Festsetzungsstellen beigelegt. Auf Grund der rechtlichen Vorgabe waren die Festsetzungsstellen gebunden, Beihilfeanträge mit Aufwendungen, die geringer als 200 Euro

waren, mit entsprechendem Hinweis auf die Verjährungsausnahme an die beihilfeberechtigten Personen ausnahmslos unerledigt zurückzusenden. Dieses Verwaltungsvorgehen entlastete weder die Festsetzungsstellen noch fand es zu keiner Zeit Akzeptanz bei den beihilfeberechtigten Personen. Mit dem erneuten Einreichen der bereits einmal geltend gemachten Aufwendungen lag der Beihilfeantrag ein weiteres Mal in der Festsetzungsstelle vor. Insoweit war die Festsetzungsstelle mit einem Verwaltungsvorgang doppelt befasst. Ebenso ist vor dem Hintergrund sich ändernder technischer Verfahren und neuer digitaler Abrechnungsstrukturen die vom Ordnungsgeber beabsichtigte Entlastung der Festsetzungsstellen von einer hohen Antragslast mit geringen Aufwendungen nicht mehr notwendig. Gleichwohl bleibt zur Entlastung einzelner Festsetzungsstellen die Möglichkeit bestehen, die bisherigen Mindestbetragsregelung weiterhin zu nutzen, wenn organisatorische oder technische Rahmenbedingungen dies gebieten.

Zu Artikel 1 zu Nummer 55 (§ 54)

Zu Buchstabe a

Öffnung einer zeitlich erweiterten Antragsmöglichkeit für beihilfeberechtigte Personen, jede Aufwendung nunmehr innerhalb einer Antragsfrist von drei Jahren geltend machen zu können.

Die Anhebung der Antragsfrist wird auch im Zusammenhang mit dem Wegfall des § 51 Absatz 8 (Antragsgrenze) und der Verjährungsausnahme verknüpft. Auf Grund der älter werdenden beihilfeberechtigten Personen kommt es gerade in Pflegefällen immer wieder zu Situationen einer Verfristung, wenn Angehörige oder andere helfende Personen nicht rechtzeitig eingreifen können. In der Konsequenz waren die Festsetzungsstellen gezwungen, die Erstattung von Aufwendungen für verfristet eingereichte Rechnungsbelege abzulehnen, auch wenn es sich nur um wenige Tage handelte. Regelmäßig mündeten diese abgelehnten Aufwendungen in Rechtsmittelverfahren und Beschwerden. Die einjährige Antragsfrist konnte zu keinem Zeitpunkt gegenüber den beihilfeberechtigten Personen als sinnvoll und notwendig kommuniziert werden. Eine längere Antragsfrist setzt ein deutliches Signal zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit. Sie wird das Aufkommen von Widersprüchen und Beschwerden erheblich verringern und die Festsetzungsstellen in gleicher Weise entlasten. Ebenso sind im Verwaltungsvollzug einer geänderten Verjährungsprüfung keine Probleme zu erwarten, da hier mit den aktuellen und auch zukünftigen, digitalisierten Abrechnungssystemen eine systemtechnische Unterstützung erfolgt.

Zu Buchstabe b

Klarstellung, dass Pflegeleistungen nach § 38a Absatz 3 (Pauschalbeihilfe) gemeint sind.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Aufhebung des BVG und des Inkrafttretens des SGB XIV zum 1. Januar 2024.

Zu Artikel 1 zu Nummer 56 (§ 55)

Klarstellung, dass die Geheimhaltungspflicht für die gesamte Beihilfebearbeitung gilt.

Zu Artikel 1 zu Nummer 57 (§ 58)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Nummer 34 Buchstabe a (Neufassung § 47 Absatz 5); Wiedereinführung 100 %-Regelung.

Zu Buchstabe b

Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Durch die COVID-19-Pandemie und die dadurch bedingte behördlich angeordnete Schließung von Schulen, Hochschulen und auch Ausbildungsstätten können sich die im Jahr 2020 und 2021 vorgesehenen Abschlüsse verzögern und hierdurch bislang berücksichtigungsfähige Kinder aus dem Familienzuschlag herausfallen. Mithin würde auch unverschuldet die Berücksichtigungsfähigkeit erlöschen. Um die Folgen und Auswirkungen der zeitweisen Schließungen von Schulen, Hochschulen und Ausbildungsstätten abzumildern, ist die Berücksichtigung der Verzögerung geboten. Die Glaubhaftmachung vergleichbar der Regelung bei Verzögerungen von Ausbildungen im steuerrechtlichen Kindergeld wird dabei als ausreichend erachtet. Entsprechende Fälle werden individuell, regelmäßig schriftlich, angefragt, mit hinreichendem Sachvortrag. Grundsätzlich wird als Verzögerungszeitraum pauschal von einem Semester ausgegangen. Sollte ein längerer Zeitraum begehrt werden, wird eine Bestätigung der Universität (Ausbildungsstätte) für sachdienlich gehalten.

Zu Absatz 4

Wirkungsgleiche Übertragung der Regelung des § 84 Absatz 9 SGB XI und Umsetzung der Vorgriffregelung gemäß Rundschreiben - D6-30111/22#5 - vom 24. Juni 2021 zur Einführung der Vergütungszuschläge für Pflegehilfskraftpersonal.

Der Vergütungszuschlag für Pflegehilfskraftpersonal wurde in das allgemeine Vergütungsrecht durch § 113c Absatz 6 SGB XI überführt, sodass es keiner unbefristeten Regelung in der LBhVO mehr bedarf. Lediglich eine Übergangsregelung wird geschaffen, da nach § 113c Absatz 6 Satz 3 SGB XI eine Übertragung noch bis zum 31. Dezember 2025 erfolgen kann.

Zu Absatz 5

Anpassung auf Grund des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. zum 1. Januar 2024, BGBl. 2019 2652 ff.). Nach der Besitzstandsregelung des § 142 SGB XIV bleiben bestehende Ansprüche unberührt.

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Aufhebung des BVG und des Inkrafttretens des SGB XIV. Darüber hinaus richtet sich die Beschädigtenversorgung der Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr gemäß den Vorschriften des Soldatenversorgungsgesetzes auf Grund der gesetzlichen Verweisung nach den Regelungen

des Bundesversorgungsgesetzes. Auch nach der Aufhebung des Bundesversorgungsgesetzes zum 1. Januar 2024 verbleibt es bei dem Rechtsfolgenverweis auf das Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung.

Zu Absatz 5

Übergangsregelung in Folge der Schaffung eines Gemeinsamen Jahresbetrags in § 42a SGB XI durch Artikel 2a Nummer 10 des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155).

Zu Artikel 1 zu Nummer 58 (Anlage 1)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Tragfähigkeit der bisherigen Formulierung wurde im Rahmen der Sitzung 1/2023 des Ausschusses für Gebühren- und Leistungsrecht der Bund -Länder -Kommission für das Beihilfenrecht (AGL) erörtert. Es wurde festgestellt, dass die bisherige Formulierung missverständlich sein kann, da der Ausschluss nur Weichteilbrüche und keine Frakturen umfasst. Eine allgemeine, verfahrensoffene Formulierung des Ausschlusses sei geeigneter. Insoweit wurde der Begriff „Bruch“ durch „Hernie“ ersetzt; damit wird eindeutig klargestellt, dass nicht die Heilung von Frakturen, sondern die Heilung von Weichteilbrüchen (Hernien) gemeint ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe gg.

Zu Doppelbuchstabe cc

Für die Festlegung eines Anwendungsbereiches für die Implantation von Hornhaut zur Korrektur der Fehlsichtigkeit liegen laut Empfehlung der Kommission Refractive Chirurgie (KRC-Empfehlung) derzeit noch keine ausreichenden Daten vor. Das Verfahren ist deshalb als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode zu werten. Bestätigt wird dies auch durch die Stellungnahme der Fachverbände und Fachgesellschaften angeschrieben (Deutschsprachige Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation, interventio-nelle und refraktive Chirurgie (DGII), Bundesverband Deutscher OphthalmoChirurgen e. V. (BDOC) und Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. (BVA) vom 12. März 2020.

Zu Doppelbuchstabe dd

Der Ausschluss der modifizierten Eigenblutbehandlung rührt aus früheren „Heilversuchen“ her, bei denen durch Zugabe diverser Medikamente, von Nichtarzneimitteln oder von Gasen beziehungsweise durch Bestrahlung mit unterschiedlichen Lichtfrequenzen eine Heilung oder Steigerung der Abwehrkräfte erreicht werden sollte. Wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise liegen hierzu nach wie vor nicht vor.

Heutzutage handelt es sich bei der Eigenblutbehandlung nicht um eine alternativmedizinische Methode, sondern um ein wissenschaftliches, schulmedizinisches Verfahren, sodass ein genereller Ausschluss der Eigenblutbehandlung zumindest bei verschiedenen Indikationen nicht mehr dem wissenschaftlichen Stand des hochdynamischen Feldes entspricht.

Daher wird die modifizierte Eigenblutbehandlung in Abschnitt 1 (Völliger Ausschluss) gestrichen und in modifizierter Form in Abschnitt 2 (Teilweiser Ausschluss) aufgenommen.

Zu Doppelbuchstabe ee

Eine Evidenz für die Photobiomodulation bei trockener altersbedingter Makuladegeneration wird von der Österreichischen Ophthalmologische Gesellschaft e.V. als nicht ausreichend erachtet. Bestätigt wird dies auch durch die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V. (DOG). Das Verfahren ist deshalb als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode zu werten.

Zu Doppelbuchstabe ff

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe dd.

Zu Doppelbuchstabe gg

Neue Formulierung des computergestützten Gesichtsfeldtrainings zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung (ehemals Nummer 3.3) um klarzustellen, dass nur die visuelle Restitutionstherapie und nicht andere Formen des computergestützten Gesichtsfeldtrainings z. B. die Kompensationstherapie vollständig ausgeschlossen ist.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Ein gänzlicher Ausschluss der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist nicht mehr angezeigt, da es für die Eigenblutbehandlung wissenschaftlich erwiesene Einsatzgebiete gibt, wie beispielsweise die Verwendung von Thrombozytenkonzentraten in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Hierzu wird auf die wissenschaftliche Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zur „Verwendung von Thrombozytenkonzentraten“ (Stand 07/2021) verwiesen, wonach sich in den aufgenommenen Anwendungsgebieten eine positive Evidenz ergebe. Die Eigenblutbehandlung wird daher in Abschnitt 2 aufgenommen und ist demnach bei bestimmten Indikationen beihilfefähig. Zudem wird eine einfachere Abgrenzung zu beihilfefähigen Arzneimitteln wie autologe Eigenserumaugentropfen oder Kymriah hergestellt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe cc

Ein gänzlicher Ausschluss der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist nicht mehr angezeigt, da es für die Eigenblutbehandlung wissenschaftlich erwiesene Einsatzgebiete gibt, wie

beispielsweise die Verwendung von Thrombozytenkonzentraten in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Hierzu wird auf die S3-Leitlinie „Einsatz von Platelet-Rich-Fibrin (PRF) in der dentalen Implantologie“ der federführenden Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) (Stand: 12/2022) verwiesen, wonach für das aufgenommene Anwendungsgebiet eine Evidenz nachgewiesen werden konnte. Die Eigenblutbehandlung wird daher in Abschnitt 2 aufgenommen und ist demnach bei bestimmten Indikationen beihilfefähig. Zudem wird eine einfachere Abgrenzung zu beihilfefähigen Arzneimitteln wie autologe Eigenserumaugentropfen oder Kymriah hergestellt.

Zu Doppelbuchstabe dd

Folgeänderung zu Buchstabe aa und redaktionelle Anpassung.

Zu Doppelbuchstabe ee

Mit der neuen Nummer 11 werden die beihilfefähigen Aufwendungen aller visusverbessernden Maßnahmen, die nicht nach Anlage 7 Abschnitt 3 (vormals 4) ausgeglichen werden können, zusammengefasst und die dafür notwendigen Voraussetzungen festgelegt.

Zu Doppelbuchstabe ff

Zu Buchstabe a

Aufwendungen für den Austausch der natürlichen Linse sind bei rein visusverbessernden Maßnahmen nur dann beihilfefähig, wenn der Austausch unerlässlich ist, weil auf anderem Weg eine Verbesserung des Visus nicht erreicht werden kann. Gegebenenfalls ist ein Nachweis durch Gutachten einzuholen.

Bei der Katarakt-Operation (häufigster Anwendungsfall) steht der Austausch der getrübbten Linse im Vordergrund. Dabei ist die Implantation einer monofokalen Standardlinse ausreichend, um eine medizinisch notwendige Versorgung zu gewährleisten. Aufwendungen für eine implantierte Linse bei einer Katarakt-Operation sollte daher nur bis zur Höhe der Kosten für eine monofokale Standardlinse als beihilfefähig anerkannt werden. Mehrkosten für Linsen mit Zusatznutzen wären von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zu tragen. Eine vergleichbare Mehrkostenregelung sieht auch § 33 Absatz 9 SGB V (siehe dazu BT-Drs. 17/6906, S. 54) vor.

Laut Stellungnahme der Fachverbände und Fachgesellschaften (Deutschsprachige Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation, interventionelle und refraktive Chirurgie (DGII), Bundesverband Deutscher OphthalmoChirurgen e. V. (BDOC) und Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. (BVA) liegt der Preis für eine monofokale Linse ohne sonstige Zusatzfunktion bei ca. 230 bis 250 Euro zuzüglich 7% Umsatzsteuer. Auf Grund dessen wird daher ein beihilfefähiger Höchstbetrag von 270 Euro festgelegt.

Zu Buchstabe b

Bei dem Verfahren der Laserbehandlung zur chirurgischen Hornhautkorrektur handelt es sich entsprechend den KRC-Empfehlungen für bestimmte Bereiche/Indikationen um ein geeignetes Verfahren, so dass hier von einer als wissenschaftlich allgemein anerkannten Behandlungsmethode ausgegangen wird. Es bleibt daher bei der bisherigen Regelung.

Zu Buchstabe c

Bei einer Add-On-Intraokularlinse handelt es sich nicht um eine Kontaktlinse im Sinne der Anlage 9 Abschnitt 4 Unterabschnitt 3, sondern um eine Operation. Laut Stellungnahme der Fachverbände und Fachgesellschaften (Deutschsprachige Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation, interventionelle und refraktive Chirurgie (DGII), Bundesverband Deutscher OphthalmoChirurgen e. V. (BDOC) und Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. (BVA) vom 12. März 2020 besteht Einigkeit darüber, dass in der nächsten Aktualisierung der KRC-Empfehlungen die Implantation von sogenannter Add-On-Intraokularlinsen als etabliertes Verfahren aufgenommen wird. Es ist daher angezeigt, die Aufwendungen für eine Implantation dieser Add-On-IOL als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die OP unerlässlich ist, weil ein Ausgleich weder durch eine Brille noch durch Kontaktlinsen oder durch eine Laserbehandlung möglich ist.

Zu Buchstabe d

Bei einer phaken Intraokularlinse (IOL) handelt es sich nicht um eine Kontaktlinse im Sinne der Anlage 7 Abschnitt 4 Unterabschnitt 3. Insbesondere die genaue Positionierung der Linse bei der Implantation ins Auge bedarf der besonderen Präzision, um einen OP-Erfolg zu gewährleisten. Bei der Implantation phaker IOL handelt es sich entsprechend den KRC-Empfehlungen, Stand Februar 2019, für bestimmte Bereiche/Indikationen um ein geeignetes Verfahren. Daher werden die Aufwendungen für eine Implantation phaker IOL künftig als beihilfefähig anerkannt, wenn die OP unerlässlich ist, weil ein Ausgleich weder durch Brille noch durch Kontaktlinsen oder durch Laserbehandlung möglich ist.

Zu Artikel 1 zu Nummer 59 (Anlage 3)

Zu Abschnitt 1 Nummer 2

Anpassung an die Regelung der GKV. Mit der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vom 22. November 2019 wurde in § 1 Absatz 5 der Psychotherapie-Richtlinie auch die Paar- und Familienberatung von der GKV als Leistung ausgeschlossen.

Zu Abschnitt 2 Nummer 2

Redaktionelle Anpassung des Terminus an die Psychotherapie-Vereinbarung vom 2. Februar 2017 und Folgeänderung durch die Einführung der neuen Berufsbezeichnung mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz - PsychThGAusbRefG) vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604).

Zu Abschnitt 3 und Abschnitt 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung der neuen Berufsbezeichnung mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeuten-ausbildungsreformgesetz – PsychThGAusbRefG) vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604). Durch die Berufsbezeichnungen ergeben sich bereits bestimmte Voraussetzungen der Ausbildung und für die Berufsausübung, so dass eine detaillierte Aufführung wie bisher (zum Beispiel Eintrag Arztregister, Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung in der GKV) nicht mehr erforderlich ist.

Zu Abschnitt 5

Festlegung der Voraussetzungen der Behandler für eine Systemische Therapie. Die Regelungen entsprechen denen der GKV.

Zu Abschnitt 6

Folgeänderung zu Abschnitt 5 und redaktionelle Anpassung an die Systematik der anderen Abschnitte der Anlage.

Zu Artikel 1 zu Nummer 60 (Aufhebung Anlagen 4 - 6)

Mit der Einführung von direkten Verweisen auf die jeweiligen Anlagen der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (AM-RL) werden die Anlagen 4 bis 6 aufgehoben.

Zu Artikel 1 zu Nummer 61 (Anlage 7)

Zu Buchstabe a

Anpassung an das Leistungsniveau der Gesetzlichen Krankenkassen unter Aufnahme neuer Leistungspositionen.

Zu Buchstabe b

Erweiterung der Indikationen über die Beihilfefähigkeit der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) gemäß fachlicher Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Anpassung

Zu Artikel 1 zu Nummer 62 (Anlage 8)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Terminus auf Grund der Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) des GBA vom 19. September 2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.12.2019 B7), in Kraft getreten am 1. Oktober 2020.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Änderung. Durch mögliche falsche Deutung bzw. falsche Auslegung, besteht die Gefahr, dass nicht alle nach § 124 SGB V zugelassenen Sprachtherapeuten von der bisherigen Formulierung erfasst werden. Mit der neu gewählten Formulierung wird klargestellt, dass sowohl die Sprachtherapeuten nach Abschnitt C Nummer 1.1.2 und die Sprachtherapeuten mit Bachelor- oder Masterabschluss nach Abschnitt C Nummer 1.1.8 in Verbindung mit Anlage 3 und Nummer 1.1.9 der Zulassungsempfehlung nach § 124 Absatz 4 SGB V in der Fassung vom 1. März 2012 erfasst werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Redaktionelle Änderung. Durch mögliche falsche Deutung bzw. Auslegung, was nicht beabsichtigt und gewollt war, besteht die Gefahr, dass nicht alle nach § 124 SGB V zugelassenen Sprachheilpädagogen von der bisherigen Formulierung erfasst werden. Mit der neu gewählten Formulierung wird klargestellt, dass sowohl die Sprachheilpädagogen nach Abschnitt C Nummer 1.1.4 als auch nach Nummer 1.1.6 der Zulassungsempfehlungen nach § 124 Absatz 4 SGB V in der Fassung vom 1. März 2012 erfasst werden.

Zu Buchstabe b

Anpassung an die Leistungserbringung im gesetzlichen Bereich. Bei der mit der Achten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vorgenommenen Novellierung des Leistungsverzeichnisses über die Beihilfefähigkeit und Angemessenheit von Heilmitteln wurde die Leistungserbringung von Kälte- und Wärmetherapie durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Nummer 3 der Anlage 8 nicht mitberücksichtigt. Diese Leistungserbringung ist aber im GKV Bereich zulässig und darf zulasten der GKV abgerechnet werden.

Zu Artikel 1 zu Nummer 63 (Anlage 9)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Anatomische Brillenfassungen sind Brillenfassungen, die in schwerwiegenden medizinischen Ausnahmefällen oder auf Grund der besonderen individuellen anatomischen Merkmale des Brillenträgers über das herkömmliche Maß hinaus modifiziert werden müssen, um ein ordnungsgemäßes Tragen der Brille zu ermöglichen.

Da der Begriff der „anatomischen Brillenfassung“ in der Fachwelt nicht bekannt ist, wird das Hilfsmittel aus dem Verzeichnis gestrichen.

Brillengestelle sind im Rahmen der Beihilfeverordnung beihilfefähig. Darüber hinaus können individuell notwendige Anpassungen im Rahmen vom Einzelfallentscheidungen als beihilfefähig anerkannt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1, Nummer 62 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe cc

Redaktionelle Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb.

Zu Doppelbuchstabe dd

Erweiterung der Einschränkung des Hilfsmittels um eine vorliegende Sprachstörung, da auch Sprachbehinderungen durch einen Communicator ausgeglichen werden können.

Zu Doppelbuchstabe ee

Wirkungsgleiche Übertragung der GKV-Regelung. Im Hilfsmittelkatalog der GKV ist die Defibrillatorweste aufgeführt.

Zu Doppelbuchstabe ff

Redaktionelle Folgeänderung zu Doppelbuchstabe ee.

Zu Doppelbuchstabe gg

Als Oberbegriff für elektronische Mobilitätshilfen für Behinderte zur Erleichterung der Alltagsbewältigung wird die Bezeichnung „Elektromobil“ gewählt, da die Bezeichnung „Elektroscooter“ nicht mehr zeitgemäß ist.

Zu Doppelbuchstabe hh

Wirkungsgleiche Übertragung der GKV-Regelung. Im Hilfsmittelkatalog der GKV ist das Farberkennungsgerät aufgeführt.

Zu Doppelbuchstabe ii

Redaktionelle Folgeänderung zu Doppelbuchstabe hh.

Zu Doppelbuchstabe jj

Die Beschränkung des Hilfsmittels auf Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus wird ausgeweitet, da auch bei anderen Erkrankungen eine kontinuierliche Gewebezuckermessung nebst Warnfunktion geboten ist. Zudem wurde das Wort „insulinpflichtig“ durch „behandlungsbedürftig“ ersetzt, da es in manchen Fällen keiner zusätzlichen Insulingabe mehr bedarf.

Zu Doppelbuchstabe kk

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen bei Blasen- oder Darminkontinenz ebenfalls beihilfefähig sind.

Zu Doppelbuchstabe ll

Mit der Änderung wird klargestellt, dass mit dem bisherigen Begriff „Taubheit“ die Gehörlosigkeit und nicht die Taubheit beispielsweise von Gliedmaßen gemeint ist. Entsprechend sind Aufwendungen für Vibrationstrainer im Zusammenhang mit den Fonatoren beihilfefähig.

Zu Doppelbuchstabe mm

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Doppelbuchstabe nn

Das Schlafpositionsgerät wird in die Anlage 9 aufgenommen, da es sich nach der S3-Leitlinie "Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung" (Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen“) um eine grundsätzlich mögliche Therapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe handelt und damit die medizinische Notwendigkeit als positiv bewertet wird.

Die Einschränkung des Patienten ist, im Vergleich zu einer Therapie mit Schlafapnoe-Gerät (CPAP-Gerät) und Gesichtsmaske, wesentlich geringer und nachvollziehbarerweise angenehmer.

Zu Doppelbuchstabe oo

Redaktionelle Folgeänderung zu Doppelbuchstabe nn.

Zu Doppelbuchstabe pp

Zu Toilettenhilfen zählen auch spezielle orthopädische WC-Sitze, zum Beispiel mit Erhöhung oder bestimmter Form. Die Ausnahmeregelung bezüglich Toilettenhilfen wird in Anlehnung an den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen um Personen mit Hüfttotalendoprothesen erweitert.

Zu Doppelbuchstabe qq

Angleichung der Regelung an das Recht der GKV bei Übertragungsanlagen (Beschluss des G-BA über die Änderung vom 19. Juli 2018 der Hilfsmittel-Richtlinie).

Zu Doppelbuchstabe rr

Konkretisierung der bisherigen Hilfsmittelbeschreibung „Vibrationstrainer bei Taubheit" um den Zusatz „Gehörlosigkeit“ zum Ausschluss von fitnessartigen Vibrationstrainern/-platten im Sinne von Fitness-/Muskeltrainingsgeräten die u.a. bei sensomotorischen Störungen (bspw. an der Fußsohle) zum Einsatz kommen. Mit der Änderung wird klargestellt, dass mit dem bisherigen Begriff „Taubheit“ die Gehörlosigkeit und nicht die Taubheit beispielsweise von Gliedmaßen gemeint ist. Entsprechend sind Aufwendungen für Vibrationstrainer im Zusammenhang mit den Fonatoren beihilfefähig. Umsetzung der Empfehlung des Ausschusses für Gebühren- und Leistungsrecht (AGL) gemäß Protokoll zur Sitzung 01/2022 zu TOP 15.

Zu Buchstabe b (Abschnitt 2)

Angleichung des Zeitraums einer Folgeverordnung einer Vollperücke oder Teilperücke und des Anwendungsbereichs an die GKV-Regelungen. Die jetzige Regelung ist nicht sachgerecht. Bei täglichem Tragen ist eine Kunsthaarperücke mindestens sechs bis acht Monate und eine Echthaarperücke mindestens zwölf bis 15 Monate haltbar.

Zu Buchstabe c (Abschnitt 3)

Zu Doppelbuchstaben aa Dreifachbuchstaben aaa bis ddd

Die für das Mobilitätstraining geltenden Höchstbeträge für die Unterrichtsstunde, für die Fahrtzeit sowie für die Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers werden an die Vergütungssätze des Vertrags gemäß § 127 Absatz 2 SGB V über die Versorgung mit Blindenlangstöcken sowie der Schulung in Orientierung und Mobilität (O&M) für blinde und sehbeeinträchtigte Menschen angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufnahme der elektronischen Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgaben für Blinde, zu denen u. a. MyEye und MyReader gehören, in die LBhVO, da eine eindeutige Zuordnung derzeit nicht möglich ist. Die Hilfsmittel können zwar unter „computergestütztes Hilfsmittel“ (Anlage 9 Abschnitt 1 Nummer 3.4) subsumiert werden, allerdings besteht hier eine Begrenzung der beihilfefähigen Aufwendungen auf 3.500 Euro. Die Aufwendungen für die elektronischen Systeme sind oftmals teuer und sollen keiner Begrenzung unterliegen.

Zu Buchstabe d (Abschnitt 4)

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe b der Vierten Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung vom 7. Dezember 2021 (GVBl. I S. 1354).

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Redaktionelle Klarstellung. Aus medizinischer Sicht können Kontaktlinsen nicht ununterbrochen getragen werden. Insoweit ist eine Brille neben Kontaktlinsen immer notwendig. Die Voraussetzungen sind somit immer erfüllt, ihre gesonderte Nennung nicht notwendig. Durch den neuen Wortlaut soll verdeutlicht werden, dass nur bei einer Indikation nach Nummer 1 sowohl Brille als auch Kontaktlinsen beihilfefähig sind. Bei Fehlen einer Indikation sind Aufwendungen für Kontaktlinsen wegen Beachtung von Unterabschnitt 1 Nummer 3 nicht neben einer Brille und nur in Höhe der Höchstbeträge für Einstärkengläser beihilfefähig.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Zu Buchstabe f)

Erweiterung des Ausschusses um orthokeratologische Kontaktlinsen. Die Orthokeratologie ist die gezielte Veränderung der Hornhautform durch speziell geformte formstabile Kontaktlinsen, um eine zeitlich eingeschränkte Korrektur von Fehlsichtigkeiten (insbesondere Myopie und Astigmatismus) ohne Sehhilfe zu erreichen. Orthokeratologische Kontaktlinsen werden in der Regel nur während des Schlafes getragen. Die Behandlung mit orthokeratologischen Kontaktlinsen entspricht in ihrer Qualität und Wirksamkeit bisher nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und ist deshalb als wissenschaftlich nicht

allgemein anerkannte Behandlungsmethode zu werten (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 21. Juni 2021 – L 10 KR 303/20).

Zu Buchstabe g)

Folgeänderung zu f) und Klarstellung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Umsetzung einer konsistenten Terminologie in der LBhVO. Statt der mathematischen Symbole wird in der BBhV einheitlich das entsprechende Wort oder die entsprechenden Wörter verwandt.

Zu Artikel 1 zu Nummer 64 (Anlage 10)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund Artikel 1 Nummer 61 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb.

Um eine Schlechterstellung gegenüber GKV-Versicherten zu vermeiden, wird in Anlehnung an den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen der Ausschuss von Blutdruckmessgeräten aufgehoben und diese als beihilfefähige Hilfsmittel in Anlage 9 aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Ein Ausschluss von Ess- und Trinkhilfen wird nicht mehr als gerechtfertigt angesehen, da die Nahrungs- beziehungsweise Getränkeaufnahme ein Grundbedürfnis darstellt und im Falle einer Beeinträchtigung, Erkrankung oder Behinderung insbesondere Ess- und Trinkhilfen Hilfsmittelcharakter haben. Unter diesen Umständen ist nicht von einem Gegenstand der allgemeinen Lebensführung auszugehen.

Zu Buchstabe c

Der Begriff „Krankenunterlagen“ wird mit dem Klammerzusatz genau definiert. Zudem erfolgt eine Vereinfachung der Ausnahmeindikation, sodass bei einer ärztlichen Verordnung für Krankenunterlagen in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit beispielsweise eine bescheinigte Inkontinenz als Ausnahmetatbestand ausreichend ist.

Zu Buchstabe d

Die Streichung dient der Klarstellung: Aufwendungen für handelsübliche Standard WC-Sitze sind bereits direkt über § 25 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c LBhVO von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen, da sie der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind. In der Praxis werden aber oftmals auch Aufwendungen für behindertengerechte Toilettensitze oder medizinisch notwendige Sitzerrhöhungen darunter subsumiert, was zu falschen Entscheidungen führt.

Aufwendungen für diese speziellen Toilettenhilfen sind nach Anlage 9 Nummer 20.5 beihilfefähig.

Zu Artikel 1 zu Nummer 65 (Anlage 11)

Zu Buchstabe a

Zu Nummer 1.2.4

Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie vom 19. Dezember 2019 wurde die Richtlinie „Ultraschallscreening“ auf Bauchaortenaneurysmen in die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie vom 19. Dezember 2019 zuletzt geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 11.02.2021 B1), (abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2383/GU-RL_2020-11-20_iK-2021-02-12.pdf) integriert. Da die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie vom Absatz 1 Satz 4 des § 41 mit umfasst ist, ist eine gesonderte Aufführung in Anlage 11 nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 2.3 (alt)

Die seinerzeit geschaffene Regelung für Impfungen von Mädchen, die das neunte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, gegen Humane Papillomviren ist nicht mehr erforderlich. Der Verweis auf die Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3697/SL-RL_2024-11-22_iK-2025-01-17.pdf) über § 20i SGB V in § 41 Absatz 1 Satz 2 ist ausreichend, um die beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen anzuerkennen. Im Übrigen profitieren so auch Jungen von dieser Impfung.

Zu Nummer 2.3 (neu)

Durch die Neufassung des § 132e Absatz 1a SGB V geht nach der Gripeschutzimpfung nun auch die Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (in Apotheken), für Personen, die das 12. Lebensjahr vollendet haben in die krankenversicherungsrechtliche Regelversorgung über. Um Rechtssicherheit zu schaffen, ist - unabhängig von der bereits durch § 41 Absatz 1 LBhVO i.V.m. § 20i SGB V vorhandene Möglichkeit entstandene Aufwendungen beihilferechtlich erstatten zu lassen - ein separater Tatbestand für Corona-Schutzimpfungen (auch in Apotheken) in der LBhVO zu ergänzen.

Zu Artikel 1 Nummer 66 (Anlage 12)

Aufgrund der vielfältigen Änderungen ist eine Neufassung der Anlage angezeigt. Unter anderem wurden die materiellen Regelungen direkt in den § 41 Absatz 3 eingepflegt.

Zudem wurden die materiellen Änderungen der 4. Anschlussvereinbarung vom 20. Juli 2021 und der 5. Anschlussvereinbarung vom 1. Januar 2024 zur Vereinbarung vom 24. August 2006 zwischen dem PKV-Verband und dem Universitätsklinikum Köln sowie den beigetretenen Zentren über die Risikofeststellung, interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennungsmaßnahmen von Patientinnen und Ratsuchenden mit familiärer Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs umgesetzt.

Im Wesentlichen erfolgen Änderungen zugunsten von ratsuchenden Personen, die bis 2015 getestet worden sind. Aus Fürsorgegründen ist hier eine Nachuntersuchung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft notwendig.

Neu aufgenommen wurden auch einmalige Pauschalen für eine Beratung vor Entlassung aus dem Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm; infolge des hohen Beratungsbedarfs und des sich anschließenden Abschlussgespräches zur Entlassung aus dem Früherkennungsprogramm einschließlich einer neuen Risikokalkulation auf Basis der Genpanelanalyse und aktualisiertem Stammbaum werden Aufwendungen in Höhe von 672,80 Euro als beihilfefähig anerkannt und

1. ein Entscheidungscoaching für BRCA1/2-Mutationsträgerinnen durch spezialisiert Pflegende; hierbei handelt es sich um eine Entscheidungsunterstützung durch spezialisiert Pflegende (Breast Care Nurse). Dieses wird mit einer Pauschale in Höhe von 113 Euro vergütet.
2. BRCA 1/2-Mutationsträgerinnen, die ein Entscheidungscoachings erhalten haben, sind besser informiert über die medizinischen Hintergründe und können ggfs. Präventiv- oder Therapieoptionen verfolgen.

Zu Artikel 1 zu Nummer 67 (Anlage 13_[neu])

Aufgrund der vielfältigen Änderungen ist eine Neufassung der bisherigen Anlage 12a, die künftig als Anlage 13 mit dem entsprechend modifizierten Inhalt neu gefasst wird, angezeigt.

Unter anderem wurden die materiellen Regelungen direkt in den § 41 Absatz 4 eingepflegt sowie redaktionelle Änderung und Anpassungen von Begrifflichkeiten berücksichtigt.

Des Weiteren wurden die materiellen Änderungen der 3. Anschlussvereinbarung zur Vereinbarung vom 17. Mai 2016 zwischen dem PKV-Verband und dem Universitätsklinikum Bonn sowie den beigetretenen Zentren des Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs vom 3. Januar 2023 umgesetzt. Mit der Änderung können Aufwendungen für eine genetische Analyse sowohl bei einer an Darmkrebs erkrankten Person (Indexfall) als auch bei einer ratsuchenden Person (Verdachtsfall) als beihilfefähig anerkannt werden. Zudem erfolgte eine Aktualisierung des Verzeichnisses der Zentren des Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs sowie eine Anpassung der Bezeichnungen der einzelnen Zentren.

Die ursprüngliche Anlage 13 „Heilbäder- und Kurortverzeichnis“ wird aufgehoben. Die Übersicht wird aus der Verordnung herausgelöst, um die Verordnung zu entschlacken und die Möglichkeit zu schaffen, Änderungen schneller und damit kurzfristiger umzusetzen.

Der Verordnungsrang ist nicht notwendig, da es sich hier um eine Serviceleistung handelt. Künftig werden Änderungen des Heilbäder- und Kurortverzeichnis anlassbezogen mit Rundschreiben bekannt gegeben.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 2

Gemäß § 76 Absatz 6 Landesbeamtengesetzes (LBG) ist der Berliner Senat ermächtigt, Einzelheiten der Beihilfegewährung so u.a. auch die beihilfefähigen Höchstbeträge (hierzu zählen unter anderem auch die beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel i.S. des § 23 LBhVO i.V.m. Anlage 7) durch Rechtsverordnung zu regeln.

Von dieser Verordnungsermächtigung hat der Berliner Senat mit dem Erlass der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Landesbeihilfeverordnung - LBhVO) vom 08.09.2009 (GVBl. S. 436) erstmalig Gebrauch gemacht und schreibt sie seither fort.

Die letzte Anpassung im Rahmen des hierfür notwendigen regulären Veränderungsänderungsverfahrens ist zuletzt im Rahmen der Vierten Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung vom 07.12.2021 (GVBl. S. 1354) erfolgt.

Anders als beim Bund ist in Berlin bisher eine Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge ausschließlich über den regulären Veränderungsänderungsweg möglich (vgl. § 76 Absatz 6 Satz 2 LBG). Hierdurch unterscheidet sich die Berliner Beihilferegelung des § 76 Absatz 6 LBG grundsätzlich von der beihilferechtlichen Regelung des Bundes (vgl. § 80 Absatz 6 Bundesbeamtengesetz), die es dem Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) ermöglicht, kurzfristig beihilferechtliche Anpassungsnotwendigkeiten durch sogenannte Vorgriffs-Rundschreiben bekanntzugeben und diese dann nachträglich durch ein auch im Bundesbeihilferecht notwendiges reguläres Veränderungsänderungsverfahren in der Bundesbeihilfeverordnung zu normieren.

Aufgrund der unterschiedlichen beihilferechtlichen Regelungen war es dem BMI zwischenzeitlich möglich, die beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel mehrfach zu erhöhen. Hierdurch ist mittlerweile eine erhebliche Differenz zwischen dem aktuellen Erstattungsniveau der Bundesbeihilfeverordnung ggü. dem der Berliner Landesbeihilfeverordnung, insbesondere im Bereich der beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel entstanden, die zunehmend zu einer erheblichen finanziellen (Mehr-)Belastung der Berliner beihilfeberechtigten Personen führt.

Um die derzeitigen Unterschiede im Erstattungsniveau für die Berliner beihilfeberechtigten Personen abzumildern, erfolgt die Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel - analog zum Verfahren der Dritten Verordnung zur Änderung der LBhVO (GVBl. Nr. 6/2019, S. 1688, dort Art. 3 zu Nummer 38) - rückwirkend.

Gleichzeitig wird eine Änderung der Ermächtigungsnorm des § 76 Absatz 6 Landesbeamtengesetz (LBG) zum Erlass der Berliner Landesbeihilfeverordnung vorbereitet, mit dem eine dem Bundesbeihilferecht (gemeint: § 80 Absatz 6 Bundesbeamtengesetz -BBG) vergleichbare Flexibilisierung des Berliner Beihilferechts umgesetzt werden soll

Mit der geplanten Rechtsänderung soll künftig auch das Land Berlin die Möglichkeit haben, beihilferechtliche Anpassungsnotwendigkeit (bspw. die Erhöhung der beihilfefähigen

Höchstbeträge für Heilmittel) kurzfristig über sogenannte Vorgriffs-Rundschreiben bekannt zu geben und sie dann – wie auch im Bundesbeihilferecht weiterhin notwendig – nachträglich im Rahmen eines regulären Veränderungsverfahrens in der LBhVO zu normieren.

c) Beteiligungen:

Nach Abschluss der allgemeinen Verwaltungsbeteiligung gemäß § 37 i.V.m. § 48 GGO II ist der Entwurf der Fünften Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung (LBhVO) den Spitzenorganisationen der zuständigen Gewerkschaften und Berufsverbänden nach § 83 LBG bzw. nach § 7 Berliner Richtergesetz, dem Hauptpersonalrat für die Behörden, Gerichte und nichtrechtsfähigen Anstalten des Landes Berlin – im Folgenden Hauptpersonalrat, dem Haupttrichter- und Staatsanwaltsrat sowie der Hauptschwerbehindertenvertretung für die Behörden, Gerichte und nichtrechtsfähige Anstalten des Landes Berlin – im Folgenden Hauptschwerbehindertenvertretung zur Stellungnahme zugeleitet worden.

Von der eingeräumten Möglichkeit, eine Stellungnahme zum Entwurf abzugeben, haben der Hauptpersonalrat und der Deutsche Gewerkschaftsbund Bezirk Berlin-Brandenburg (DGB) Gebrauch gemacht.

Die vom Hauptpersonalrat und dem DGB vorgetragenen Hinweise haben im Ergebnis zu keiner inhaltlichen Anpassung des Verordnungsentwurfs geführt.

Gründe für die Nicht-Berücksichtigung sind den Beteiligten mit gesonderten Schreiben detailliert erläutert worden.

In diesem Zusammenhang hat auch die Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung ein gesondertes Schreiben erhalten, die im Rahmen des Abschlusses des Verwaltungsbeteiligungsverfahrens erneut die Möglichkeit ergriffen hatte, zum aktualisierten Entwurf der Fünften Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung Anregungen zu übermitteln.

Ohne Ergänzungswünsche haben der Deutsche Richterbund – Landesverband Berlin, der dbb – Beamtenbund und Tarifunion – Berlin und die Hauptschwerbehindertenvertretung zugestimmt.

RdB-Beteiligung:

Der Senat hat in seiner Sitzung am 11.11.2025 den Entwurf der Fünften Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung (Senatsvorlage Nr. S-2478/2025) zur Kenntnis genommen, die Beschlussfassung jedoch bis zum Vorliegen der Stellungnahme des Rats der Bürgermeister zurückgestellt.

Die Zustimmung des RdB zum Entwurf der Fünften Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung ist – nach vorheriger Erörterung im Ausschuss für Finanzen, Personal,

Wirtschaft, Digitalisierung, Europa und Integration – in der RdB-Sitzung vom 11.12.2025 mit folgender Beschlussempfehlung „*Der Rat der Bürgermeister stimmt der von der Senatsverwaltung für Finanzen vorgelegten Vorlage Nr. R-844/2025 über Fünfte Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung zu, wenn die finanziellen Auswirkungen auf die Bezirke durch die Senatsverwaltung hinreichend geklärt sind.*“ erfolgt (RdB-Beschluss Nr. R-859/2025 vom 11.12.2025).

Nach Prüfung der Beschlussempfehlung des RdB vom 11.12.2025 ist festzuhalten, dass nicht eindeutig definiert wurde, was mit „finanziellen Auswirkungen auf die Bezirke“ gemeint ist.

Ggf. zu erwartende Kosten für die Bezirke:

Unter Berücksichtigung des verhältnismäßig geringen Anteils der Bezirke an den beihilfeberechtigten Personen im Land (hier: aktive Beamte und Versorgungsempfänger) werden die finanziellen Auswirkungen für die Bezirke insgesamt auf rund 70.000 Euro geschätzt.

Im Einzelnen:

Bei überschlägiger Berechnung und Unterstellung, dass die Kostenauswirkungen für alle aktiven Beamten und Pensionäre gleich wären, würde sich Folgendes ergeben:

Im Land Berlin gibt es derzeit rd. 68.000 Pensionäre (Quelle: Internetauftritt des LVwA, Stand 12/2025) und rd. 62.000 aktive Beamtinnen und Beamte (Quelle: Angaben der Personalstatistikstelle für 01/2025. Davon sind ca. 4.500 in den Bezirken beschäftigt.

Die Änderungsverordnung geht von ca. 2. Mio. Euro Gesamt-Mehrkosten aus (vgl. Punkt C der Änderungsverordnung). Diese 2 Mio. geteilt durch 130.000 Beihilfeberechtigte (Pensionäre und aktive Dienstkräfte zusammen) würden Mehrkosten pro Person von 15,40 Euro ergeben.

Multipliziert man diesen Wert mit der Anzahl der Beamtinnen und Beamten in den Bezirken (15,40 € x 4.500) wären 69.300 € Mehrkosten für die Bezirke insgesamt; gerundet 70.000 Euro zu erwarten.

Frage der Finanzierung der zu erwartenden finanziellen Mehrausgaben

Zur Finanzierung der zu erwartenden finanziellen Mehrausgaben ist aus haushälterischer Sicht auf die Möglichkeit einer Basiskorrektur aufmerksam zu machen, die im Rahmen des entsprechenden Verfahrens für 2026 zu entscheiden wäre.

Allerdings ist es fraglich, ob es angesichts des verhältnismäßig geringen Betrags und der im Basiskorrekturverfahren angewandten Bagatellgrenze überhaupt zu einer Basiskorrektur kommen würde.

Festzuhalten ist, dass dies jedoch keine Frage des grundsätzlichen Beihilferechts im Änderungsverordnungsverfahren ist, sondern – wie bei jeder regelmäßigen Anhebung der Beträge – im üblichen haushaltsrechtlichen Verfahren umzusetzen ist.

B. Rechtsgrundlage:

§ 76 Absatz 6 des Landesbeamtengesetzes vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 10. Juli 2025 (GVBl. S. 270) geändert worden ist.

C. Kostenauswirkungen auf Privathaushalte und/oder Wirtschaftsunternehmen

Die Änderungsverordnung hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf Privathaushalte. Der Wirtschaft entsteht durch die Verordnung kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Vielmehr werden die beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen durch die Verfahrensvereinfachungen entlastet.

D. Gesamtkosten:

Für das Land Berlin ergeben sich vorauss. Mehrausgaben in Höhe von rd. **2.058.575 Euro** sowie vorauss. Minderausgaben in Höhe von rd. **124.575 Euro**.

Im Einzelnen:

Mehrkosten:

Die Anhebung der Altersgrenze für Verhütungsmittel führt zu voraussichtlichen jährlichen Mehrausgaben von rd. 33.000 Euro pro Jahr, die in den einzelnen Personaltiteln zu erwirtschaften sind.

Die Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge für eine Familien- und Hauspflegekraft (§ 28 Absatz 1 LBhVO) führt zu voraussichtlichen jährlichen Mehrausgaben von rd. 2075 Euro.

Die Öffnung der Regelung zur künstlichen Befruchtung (§ 43 Absatz 1 LBhVO) führt zu voraussichtlichen jährlichen Mehrausgaben von rd. 2500 Euro.

Die reguläre Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel (Anlage 7 zu § 23 LBhVO) führt zu voraussichtlichen jährlichen Mehrausgaben von rd. 1.630.000 Euro.

Durch das geplante rückwirkende Inkrafttreten der Anhebung der beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel von einem Monat entsteht eine zusätzliche einmalige Mehrbelastung von rd. 391.000 Euro.

Dies entspricht nach Prognose des LVwA einem Anteil von rd. 0,07 % der jährlichen Beihilfekosten (Stand 31.12.2023).

Minderausgaben:

Der mögliche Wegfall des Gutachterverfahrens im Bereich Psychotherapie (§ 18a Absatz 5 LBhVO) führt zu voraussichtlichen jährlichen Minderausgaben von rd. 41.325 Euro.

Der Wegfall des Gutachterverfahrens im Bereich Rehabilitationsmaßnahmen (§ 36 LBhVO) führt zu voraussichtlichen jährlichen Minderausgaben von rd. 79.750 Euro.

Die Einführung einer Altersgrenze für die Kryokonservierung (§ 43 Absatz 7 LBhVO) führt zu voraussichtlichen jährlichen Minderausgaben von rd. 3500 Euro.

Kostenneutralität:

Die Wiedereinführung des Bemessungssatzes auf 100% für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte beihilfeberechtigte Personen wird zu keinen wesentlichen Mehrausgaben führen. Dies insbesondere aufgrund der vorhandenen, ein weites Spektrum abdeckenden Öffnungsangebote der privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKU), die einem großen Zuwachs von beihilfeberechtigten Personen in die GKV eher unwahrscheinlich machen. Berlin orientiert sich hinsichtlich der zu erwartenden Mehr- und Minderkosten zu dieser Kostenposition auch an der Annahme des Bundes, der im Rahmen des Verordnungsgebungsverfahrens zur 9. ÄnderungsVO hinsichtlich der Wiedereinführung des 100% Bemessungssatzes für freiwillig GKV versicherte Beihilfeberechtigte ebenfalls keine wesentlichen Mehrkosten auswies.

Wirkungsgleiche Übernahme des § 42a SGB XI - Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 38c) ist insgesamt kostenneutral.

Die mit der Einführung der Beihilfefähigkeit für digitale Pflegeanwendungen (§ 38g LBhVO) verbundenen mgl. Mehr- oder Minderkosten können erst bestimmt werden, wenn digitale Pflegeaufwendungen zur Verfügung stehen. Es wird jedoch aktuell von marginalen Mehrkosten ausgegangen.

E. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg:

Es sind keine Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg zu erwarten.

F. Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung:

a) Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben:

Siehe Ausführungen zu D.

b) Personalwirtschaftliche Auswirkungen:

Im Einzelnen ergibt sich folgender Erfüllungsaufwand für die Verwaltung des Landes Berlin:

Vorschrift	Mehr-/ Minderaufwand	Aufwand pro Fall in Minuten	Fallzahl	Personalkosten in Euro pro Stunde	Jährlicher Aufwand der Verwaltung in Euro
§ 8 Aufhebung des Ausschlusses von Aufwen- dungen für Untersuch- ungen und Be- handlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartn erin, den Lebens- partner, die Eltern oder die Kinder des Be- handelten	Durch Wegfall der Prüfung geringe nicht bezifferbare Einsparungen.				
§ 20a Aufnahme der	Durch die Aufnahme der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen				

Vorschrift	Mehr-/ Minderaufwand	Aufwand pro Fall in Minuten	Fallzahl	Personalkosten in Euro pro Stunde	Jährlicher Aufwand der Verwaltung in Euro
Systemische n Therapie	für die Systemische Therapie ist mit keinem nennenswerten Be- arbeitungsmehr- aufwand zu rechnen. Es wird hier lediglich von einer Verlagerung der bisherigen Behandlungsfor- m in die Systemische Therapie ausgegangen.				
§ 22 Absatz 1 und 2 (Verweis auf die GBA Arzneimittel- Richtlinien; Wegfall der Anlagen 4 bis 6)	Anpassung der Beihilfe- programme				Einmalig 1000
§ 22 Absatz 2 Nummer 3 Anhebung der Altersgrenze für	Mehr Beleg- einreichungen.	1,5 min	791 (Wert aus Auswertung des LVwA aus Beihilfeab- rech- nungsver-	22,95 (Sachbearbeiter: mittlerer Dienst A 8 gem. Personaldurchs chnittssätzen 2024/2025)	1513

Vorschrift	Mehr-/ Minderaufwand	Aufwand pro Fall in Minuten	Fallzahl	Personalkosten in Euro pro Stunde	Jährlicher Aufwand der Verwaltung in Euro
Verhütungsmittel			fahrens für 2023)		
§ 43 Absatz 7 (Wegfall der Zustimmungsergabung für oberste Dienstbehörden und die Einvernehmensregelung mit dem BMI bei Kryokonservierung)	Verfahrensvereinfachung	-5 min	428 Wert aus Auswertung des LVwA aus Beihilfeabrechnungsverfahren für 2023)	22,95 (Sachbearbeiter: mittlerer Dienst A 8 gem. Personaldurchschnittssätzen 2024/2025)	-8262
§ 51 Absatz 2 (Dauerverwaltungsakt im Bereich der wiederkehrenden Pflegeaufwendungen)	Verfahrensvereinfachung durch Wegfall der jährlichen Antragstellung	-5 min	38.232 Wert aus Auswertung des LVwA aus Beihilfeabrechnungsverfahren für 2023)	22,95 (Sachbearbeiter: mittlerer Dienst A 8 gem. Personaldurchschnittssätzen 2024/2025)	- 73118,70
§ 51 Absatz 3 (Vorlegen der Wahlleistungsvereinbarung nur noch auf	Verfahrensvereinfachung durch Reduzierung von vorzulegenden Unterlagen/Nachreichung.	-5 min	30558 (Wert aus Auswertung des LVwA aus Beihilfeabrechnungsverfahren	22,95 (Sachbearbeiter: mittlerer Dienst A 8 gem. Personaldurchschnittssätzen 2024/2025)	- 58442,18

Vorschrift	Mehr-/ Minderaufwand	Aufwand pro Fall in Minuten	Fallzahl	Personalkosten in Euro pro Stunde	Jährlicher Aufwand der Verwaltung in Euro
Verlangen der Festset- zungsstelle)			fahrens für 2023)		
§ 51 Absatz 8 (Möglicher Ver-zicht auf Antragsgren- ze)	Verfahrens- vereinfachung. Geringe nicht bezahlbare Einsparungen.				
§ 54 Absatz 1 (Erhöhung der Antragsfrist auf 3 Jahre)	Verfahrens- vereinfachung durch Ver- ringerung des Be-schwerde- und Widerspruchauf- kommens. Geringe nicht bezahlbare Einsparungen.	-5 min	30.000 (Wert aus Auswertung des LVwA aus Beihilfeab- rech- nungsver- fahrens für 2023)	22,95 (Sachbearbeiter: mittlerer Dienst A 8 gem. Personaldurchs- chnittssätzen 2024/2025)	-57375
Anlage 7 Anhebung der beihilfefähig- en Höchstbeträ- ge für Heilmittel	Anpassung der Beihilfeprogram- me				

Berlin, den 13. Januar 2026

Der Senat von Berlin

Kai Wegner
Regierender Bürgermeister

Stefan Evers
Senator für Finanzen

**A Anhang -
Übersicht der anerkannten Heilbäder- und Kurorte
(zu § 35 Abs. 1 Satz 2 LBhVO)**

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt 1	134
Heilbäder und Kurorte im Inland.....	134
Abschnitt 2	151
Heilbäder und Kurorte im Inland, die Ortsteile einer Gemeinde sind	151
Abschnitt 3	161
Heilbäder und Kurorte im EU-Ausland.....	161
Abschnitt 4	164
Heilbäder und Kurorte im Nicht-EU-Ausland	164

Abschnitt 1

Heilbäder und Kurorte im Inland

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
A				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433	Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollen, Kurbetrieb
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schlossberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Ostseeheilbad
Ahrenshoop	18347	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
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aue-Schlema	08301	Aue-Bad Schlema	Bad Schlema, Wildbach	Heilbad
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad

¹Legende:

B = Einzelkurbetrieb

G = Gesamtes Gemeindegebiet

K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K¹)	Artbezeichnung
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Obertal, Schönmünzsch-Schwarzenberg	Heilklimatischer Kurort Kneippkurort
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	(Thermalsole-) Heilbad
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	(Mineral-)Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
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, Kutschenrangen, 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
Binz	18609	Ostseebad Binz auf Rügen	G	Seebad
Birnbach	84364	Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilquellenkurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K¹)	Artbezeichnung
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	Bad Bocklet - ohne den Gemeindeteil Nickersfelden	(Mineral- und Moor-)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
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippheilbad
Brückenau	97769	Bad Brückenau	G sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	(Mineral- u. Moor-)Heilbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Thermal- und Moor-)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	Thermalsoleheilbad
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769	Burg/Fehmarn	Burg	Ostseeheilbad
Butjadingen	26969	Butjadingen	a) Burhave b) Fedderwadersiel c) Tossens	Nordseebad (mit kurmedizinischem Hintergrund)

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
C				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg-Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
D				
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Ostseeheilbad
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Ostseeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
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
Dornum	26553	Aurich	Dornumer-/Westeraccumersiel	Nordseebad
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. Kneippkurort
E				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Ort mit Heilquellen-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	Heilbad u. Kneippheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
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
F				
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
Friedrichroda	99894	Friedrichroda	Friedrichroda, Finsterbergen	Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	G	Kneippkurort
Füssing		Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Egglfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen,	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
			Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	
G				
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
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Ostseeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Gottleuba-Bergießhübel	01816	Bad Gottleuba-Berggießhübel	a) Bad Gottleuba b) Bergießhübel	Moorheilbad Kneippkurort
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Ostseeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal, Weghof	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Ostseeheilbad
Grönenbach	87728	Bad Grönenbach, Markt	Bad Grönenbach, Au, Brandholz, In der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhofen, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldegg b. Grönenbach, Ziegelberg,	Kneippheilbad Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
			Ziegelstadel, Ehwiesmühle, Falken, Jttelsburg, Schulerloch, Streifen, Thal, Vordergsäng, Hintergsäng, Grönenbach-Weiler	
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Ostseeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Kurort mit Heilstollenkurbetrieb
H				
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	Heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Ostseeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heilbad Heiligenstadt	G	(Sole-)Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Nordseeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	K	Heilbad
Heringsdorf	17424	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad u. (Sole-) Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad u. heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	(Mineral-)Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor)

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K¹)	Artbezeichnung
Hindelang	87541	Bad Hindelang,	G	Kneippheilbad u. heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort u. Kneippkurort
Hitzacker (Elbe)	29456	Hitzacker (Elbe)	Hitzacker (Elbe)	Kneippkurort
Höchen-schwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Honnet	53604	Bad Honnet, Stadt		Erholungsort mit Kurmittelgebiet
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 Meinberg	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
Kevelaer	47623	Kevelaer	Kevelaer	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G - ohne die Gemeindeteile Albertshausen und Poppenroth	Mineral- u. Moorbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	G	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K¹)	Artbezeichnung
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G inklusive Ipthausen - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad und Ort mit Peloidkurbetrieb
Königstein	61462	Königstein im Taunus	a) K b) Falkenstein	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	93444	Bad Kötzting	G	Kneippheilbad u. 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
Kühlungsborn	18225	Ostseebad Kühlungsborn	G	Seebad
L				
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	Heilbad und Kneippkurort
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lennestadt	57368	Lennestadt	Saalhausen	Kneippkurort
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	G	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad u. heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Bad Lobenstein	G	(Moor-)Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
M				
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
Mettlach	06864	Mettlach	Gemeindebezirk Orscholz	Heilklimatischer Kurort
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 u. heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Münstertal/Schwarzwald	79244	Münstertal	G	Ort mit Heilstollen Kurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K¹)	Artbezeichnung
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
N				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad und Kneippkurort
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	(Moor- u. Mineral-) Heilbad und Thermalheilbad
Neualbenreuth	95698	Bad Neualbenreuth	G - Kurmittelhaus Sibyllenbad und Badehaus Maiersreuth	Heilbad, Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75387	Neubulach	Neubulach	Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	93333	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/Harz	99762	Neustadt/Harz	G	Heilklimatischer Kurort
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nieheim	33039	Nieheim, Stadt		Heilklimatischer Kurort
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
O				

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	(Schroth-)Heilbad u. heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistennoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
Oberwiesenthal	09484	Oberwiesenthal	Oberwiesenthal	Luftkurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippheilbad
Orb	63619	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Nordseeheilbad
Peterstal-Griesbach	77740	Bad Peterstal-Griesbach	G	(Mineral- und Morr-) Heilbad, Kneippkurort
Prerow	18375	Ostseebad Prerow	G	Seebad
Preußisch Oldendorf	32361	Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209	Prien a. Chiemsee	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinde Wildenwart und den Gemeindeteil Vachendorf	Kneippkurort
Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	(Moor- u. Mineral-)Heilbad
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	74906	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-)Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K¹)	Artbezeichnung
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Gemeindeteil Kibling der Gemeinde Schneizlreuth	Mineral- u. Moorbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	(Moor- u. Mineral-)Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Roachs b. Coburg	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	(Sole-)Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S				
Saalfeld/Saale	07318	Saalfeld/Saale	G, ausgenommen Ortsteil Arnsgereuth	Ort mit Heilstollenkurbetrieb
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	(Thermalsole- u. Moor-)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
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen, Stadt	Bad Salzuflen	Heilbad und Kneippheilbad
Salzungen	36433	Bad Salzungen	K	(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, Krippen, Ostrau, Schmilka	Kneippheilbad
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Ostseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K¹)	Artbezeichnung
Scheidegg	88175	Scheidegg, Markt	G	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
Schlangenbad	65388	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Fredeburg	Kneippheilbad u. Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
			b) Grafschaft	
			c) Nordenau	
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömborg	75328	Schömborg	Schömborg	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
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad und Kneippkurort
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	(Jodsole- u. Moor-)Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad
Sellin	18586	Ostseebad Sellin	G	Seebad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B - Adelholzener Primusquelle Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Ort mit Heilquellkurbetrieb
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 - Thermalsolbad Bad Staffelstein - Obermain Therme	Heilbad, Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Steben	95138	Bad Steben	a) Bad Steben b) Obersteben	Mineral- und Moorbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Heilkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	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-)Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	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/Lambertusb ad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U				
Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Villingen-Schwenningen	78050	Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor)
W				

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K¹)	Artbezeichnung
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee	(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
Warnemünde	18119	Hansestadt Rostock	G	Seebad
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort Kneippkurort
Weißensadt	95163	Weißensadt am See	Kurzentrum Weißensadt am See	Heilbad
Wenningstedt	25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Nordseeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Nordseeheilbad
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Thermalbad Wiesenbad	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K, Reinhardshausen	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Upland)	a) K b) Usseln	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	(Thermalsole- 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
Wittdün/	25946	Wittdün/Amrum	Wittdün	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
Amrum				
Wittmund	26409	Wittmund	Carolinensiel-Harlesiel	Nordseeheilbad
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wolkenstein	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilbad
Wünnenberg	33181	Bad Wünnenberg	Bad Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
Wustrow	18347	Ostseebad Wustrow	G	Seebad
Wyk a. F.	25938	Wyk a. F.	Wyk	Nordseeheilbad
Z				
Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Ostseeheilbad
Zwesten	34596	Bad Zwesten	K	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort

Abschnitt 2

Heilbäder und Kurorte im Inland, die Ortsteile einer Gemeinde sind

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzener Primusquelle	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
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
Berg	Stuttgart
Bernwies	Heilbrunn
Berggießhübel	Gottleuba-Berggießhübel
Birgsau	Oberstdorf
Bockswiese	Goslar
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn
C	

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Cannstatt	Stuttgart
Carolinensiel-Harlesiel	Wittmund
D	
Deffurth	Salzdeffurth
Dietersberg	Oberstdorf
Dobra	Liebenwerda
Dornum	Aurich
Dürnöd	Füssing
E	
Ebene	Oberstdorf
Eckarts	Brückenau
Eckenhagen	Reichshof
Egg	Grönenbach
Egglfing a. Inn	Füssing
Einödsbach	Oberstdorf
Eisenbartling	Endorf
Eitlöd	Füssing
Eldern	Ottobeuren
Elkeringhausen	Winterberg
Erbach	Wimpfen
F	
Faistenoy	Oberstdorf
Faulenfürst	Schluchsee
Feldberg	Feldberger Seenlandschaft
Fischbach	Schluchsee

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
G	
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a. d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
Gottleuba	Gottleuba-Berggießhübel
Graben	Heilbrunn
Grafschaft	Schmallenberg
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
H	
Hahnenklee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg
Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am Berg	Petershagen
Hopfen am See	Füssen
Horumersiel	Wangerland
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenberg
I	
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
J	
Jauchen	Oberstdorf

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kevelaer	Kevelaer
Kibling der Gemeinde Schneizlrreuth	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimer Mühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kornhofen	Grönenbach
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krippen	Schandau
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck
L	
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Linden	Heilbrunn
M	

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenberg
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönenberg
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn
N	
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
Nordenau	Schmallenberg
O	
Oberbuchen	Heilbrunn
Oberenzenau	Heilbrunn
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammenried	Wörishofen
Obermühl	Heilbrunn
Oberreuthen	Füssing
Obersteben	Steben
Obersteinbach	Heilbrunn
Obertal	Baiersbronn
Ölmühle	Grönenbach

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Oos	Baden-Baden
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
P	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing
Poinzaun	Füssing
R	
Rachental	Endorf
Ramsau	Heilbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grönenbach
Rechberg	Grönenbach
Reichenbach	Waldbronn
Reindlschmiede	Heilbrunn
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
S	
Saalhausen	Lennestadt

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Safferstetten	Füssing
Saig	Lenzkirch
Salzhausen	Nidda
Salzig	Boppard
Sand	Emstal
Schieferöd	Füssing
Schillig	Wangerland
Schmilka	Schandau
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
T	
Thalau	Füssing

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl
U	
Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterreuthen	Füssing
Untersteinbach	Heilbrunn
Usseln	Willingen
V	
Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing
W	
Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim
Waren/Müritz	Waren
Warmbad	Wolkenstein
Warmeileithen	Berneck

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weiherweber	Heilbrunn
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
Wildbach	Aue-Schlema
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wörtern	Heilbrunn
Würding	Füssing
Z	
Zeischa	Liebenwerda
Zeitlofs	Brückenau
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnheim	Marienberg
Zwicklarn	Füssing

Abschnitt 3

Heilbäder und Kurorte im EU-Ausland

Land	Region/Ort
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
	cc) Ischia
	dd) Meran
	ee) Montegrotto
	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) Oberlax
e) Polen	
	aa) Bad Flinsberg/Swieradow-Zdroy
	bb) Kolberg/Kolobrzeg
	cc) Swinemünde/Świnoujście
	dd) Ustroń

Land	Region/Ort
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) Johannisbad/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) Harkány
	ff) Komárom
	gg) Sárvár

Abschnitt 4

Heilbäder und Kurorte im Nicht-EU-Ausland

Land	Region/Ort
a) Israel	
	Ein Boqeq
b) Jordanien	
	Sweimeh

I. Gegenüberstellung der Verordnungstexte (Stand 29.09.2025)

Landesbeihilfeverordnung

Änderung durch Artikel 1 der Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO	
Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Landesbeihilfeverordnung - LBhVO) vom 8. September 2009 (GVBl. S. 436), die zuletzt durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung vom 24.12.2021 (GVBl. S. 1354) geändert worden ist	Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Landesbeihilfeverordnung - LBhVO) vom 8. September 2009 (GVBl. S. 436), die zuletzt durch die <u>.....</u> Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung vom <u>....</u> (GVBl. S.) geändert worden ist
Inhaltsübersicht	Inhaltsübersicht
Kapitel 2	Kapitel 2
Aufwendungen in Krankheitsfällen	Aufwendungen in Krankheitsfällen
Abschnitt 1	Abschnitt 1
Ambulante Leistungen	Ambulante Leistungen
§ 18 Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung	§ 18 <u>Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen</u>
§ 18a Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie	§ 18a Gemeinsame Vorschriften für <u>psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie</u>
	§ 20a <u>Systemische Therapie</u>
Abschnitt 2	Abschnitt 2
Sonstige Aufwendungen	Sonstige Aufwendungen
§ 24 Komplextherapie und integrierte Versorgung	§ 24 <u>Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen</u>
	§ 25a <u>Digitale Gesundheitsanwendungen</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
§ 26 Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern	§ 26 Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern
§ 26a Behandlungen in nicht zugelassenen Krankenhäusern	§ 26a Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern
	<u>§ 26b Übergangspflege im Krankenhaus</u>
	<u>§ 27a Außerklinische Intensivpflege</u>
Kapitel 3	Kapitel 3
Aufwendungen in Pflegefällen	Aufwendungen in Pflegefällen
§ 38c häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	§ 38c <u>Verhinderungspflege, Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson</u>
§ 38g <u>Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes</u>	§ 38g <u>Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen</u>
	<u>§ 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe</u>
	<u>§ 40a Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase</u>
Kapitel 4	Kapitel 4
Aufwendungen in anderen Fällen	Aufwendungen in anderen Fällen
§ 43 <u>Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch</u>	§ 43 <u>Künstliche Befruchtung</u>
	<u>§ 43a Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch</u>
Anlage 1	Anlage 1

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(zu § 6 Absatz 2) Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen	(zu § 6 Absatz <u>2 Satz 2</u>) Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen
Anlage 2 (zu § 6 Absatz 3 Satz 4) Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen	(unverändert)
Anlage 4 (zu § 22 Absatz 1) Beihilfefähige Medizinprodukte	(weggefallen)
Anlage 5 (zu § 22 Absatz 2) Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen	(weggefallen)
Anlage 6 (zu § 22 Absatz 3) Übersicht der Arzneimittelfestbetragsgruppen, für die ein Festbetrag gilt	(weggefallen)
Anlage 7 (zu § 23 Absatz 1) Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel	(unverändert)
Anlage 8 (zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1) Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel	(unverändert)
Anlage 9 (zu § 25 Absatz 1 und 4) Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke	(unverändert)
Anlage 10 (zu § 25 Absatz 1, 2 und 4) Nicht beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle	(unverändert)

Änderung durch Artikel 1 der Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO	
Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Anlage 11 (zu § 41 Absatz 1 Satz 3) Nach § 41 Absatz 1 Satz 3 beihilfefähige Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen	(unverändert)
Anlage 12 (zu § 41 Absatz 3) Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko	(unverändert)
Anlage 12a Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko	Anlage 13 (zu § 41 Absatz 4) Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko
Anlage 13 (zu § 35 Absatz 1 Nummer 4) Heilbäder- und Kurortverzeichnis	(weggefallen)
Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften	Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften
§ 2 Beihilfeberechtigte Personen	§ 2 Beihilfeberechtigte Personen
(1) Soweit nicht die Absätze 2 bis 4 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.	(1) Soweit nicht die Absätze 2 bis 4 etwas <u>Anderes</u> 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, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeiträge nach Abschnitt II oder Abschnitt V, nach § 22 Absatz	(2) unverändert.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
1 oder nach § 26 Absatz 1 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes 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 Landesbeamtenversorgungsgesetzes, § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin 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 § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 40 Absatz 6 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin beschäftigt sind, 3.Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen, und	(3) unverändert.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
4. Empfänger von Übergangsgeld nach § 47 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, Empfänger von Unterhaltsbeitrag nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und Empfänger von Gnadenunterhaltsbeiträgen.	
(4) Absatz 3 Nummer 3 gilt für Beihilfeberechtigte, denen Leistungen nach § 19 des Landesabgeordnetengesetzes zustehen, nur dann, wenn sie diese Leistungen in Anspruch nehmen.	(4) unverändert.
§ 4 Berücksichtigungsfähige Personen	§ 4 Berücksichtigungsfähige Personen
(1) Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner von beihilfeberechtigten Personen sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) oder einschließlich vergleichbarer ausländischer Einkünfte oder der Gesamtbetrag ihrer vergleichbaren ausländischen Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist die Ehegattin, der Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnerinnen und eingetragenen Lebenspartnern der beihilfeberechtigten Personen nach § 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage	(1) Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner von beihilfeberechtigten Personen sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) oder einschließlich vergleichbarer ausländischer Einkünfte oder der Gesamtbetrag ihrer vergleichbaren ausländischen Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist die Ehegattin, der Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnerinnen und eingetragenen Lebenspartnern 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,

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen. Weist der Steuerbescheid den Gesamtbetrag der Einkünfte nicht vollständig aus, können andere Nachweise gefordert werden.	können andere Nachweise gefordert werden. <u>Der Betrag nach Satz 1 wird im gleichen Verhältnis, wie sich der aktuelle Rentenwert nach § 1 Absatz 1 der Rentenwertbestimmungsverordnung in der jeweils geltenden Fassung erhöht, angepasst und auf volle Euro abgerundet. Die Anpassung erfolgt mit Wirkung für das auf das Inkrafttreten der Rentenwertbestimmungsverordnung folgende Kalenderjahr. Die für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständige Senatsverwaltung gibt den jeweils angepassten Betrag anlassbezogen durch Rundschreiben bekannt. Sind zum Zeitpunkt der Antragstellung die Aufwendungen einer nach § 4 Absatz 1 berücksichtigungsfähigen Person nicht mehr beihilfefähig, ist auf den Zeitpunkt nach § 2 Absatz 1 abzustellen.</u>
(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 Auslandskinderzuschlag nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin besteht oder 2. ein Auslandskinderzuschlag nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin 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	(2) unverändert.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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.	(3) unverändert.
§ 5 Konkurrenzen	§ 5 Konkurrenzen
(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt 1. eine Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs sowie 2. die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 aus.	(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis <u>oder ein Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegeln für Beamtinnen und Beamte schließt</u> 1. eine Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsanspruchs sowie 2. die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 aus. <u>Die Beihilfeberechtigung aus einem neuen Dienstverhältnis schließt die Beihilfeberechtigung aus einem bereits bestehenden Dienstverhältnis aus.</u>
(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.	(2) unverändert

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>(3) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2 Satz 1 gelten nicht, wenn eine berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1, deren Aufwendungen auch nach § 4 Absatz 1 beihilfefähig sind,</u> <u>1. mit einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 in häuslicher Gemeinschaft am Auslandsdienstort lebt und</u> <u>2. auf den eigenen Anspruch aus der Beihilfeberechtigung verzichtet.</u> <u>Der Verzicht ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.</u>
~~(3)~~ Die Beihilfeberechtigung auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht 1. der Beihilfeberechtigung auf Grund 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)~~ Die Beihilfeberechtigung auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht 1. der Beihilfeberechtigung auf Grund 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)~~ Absatz 4 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.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(5) Ein Kind wird bei der beihilfeberechtigten Person berücksichtigt, die den Familienzuschlag für das Kind erhält. Beihilfeberechtigte im Sinne von Satz 1 sind 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. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die Anspruch auf truppenärztliche Versorgung haben oder heilfürsorgeberechtigt sind. Als Familienzuschlag für das Kind gilt eine Leistung nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin oder der AuslandsKinderzuschlag nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin oder vergleichbare Leistungen auf anderer Rechtsgrundlage.	(6) Ein Kind wird bei der beihilfeberechtigten Person berücksichtigt, die den Familienzuschlag für das Kind erhält. Beihilfeberechtigte im Sinne von Satz 1 sind 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. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die Anspruch auf truppenärztliche Versorgung haben oder heilfürsorgeberechtigt sind. Als Familienzuschlag für das Kind gilt eine Leistung nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin oder der AuslandsKinderzuschlag nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin oder vergleichbare Leistungen auf anderer Rechtsgrundlage.
§ 6	§ 6
Beihilfefähigkeit von Aufwendungen	Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
(1) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht.	(1) unverändert
(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.	(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. <u>Bei der Erbringung medizinischer Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien sind</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>Aufwendungen für die Beschaffung, den Betrieb oder die technische Anbindung der Endgeräte und Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen nicht beihilfefähig. Satz 3 gilt nicht für Aufwendungen für Geräte und deren Betrieb, die ausschließlich für eine medizinische Behandlung notwendig sind.</u>
§ 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch	§ 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch
Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Beihilfe gewährt wird, an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen, setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen einschließlich der Arzneimittel nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Angemessenheit nachgewiesen sind sowie insbesondere ein Arzneimittel zweckmäßig ist und keine andere, angemessene 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 § 45 des Beamtenstatusgesetzes an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren. Dies gilt insbesondere für die §§ 27 Absatz 1 Satz 2, 30, 40 Absatz 1, 41 Absatz 1, 43 Absatz	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 Angemessenheit nachgewiesen sind sowie insbesondere ein Arzneimittel zweckmäßig ist und keine andere, angemessene 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 § 45 des Beamtenstatusgesetzes an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren. Dies gilt insbesondere für die §§ 22, 27 Absatz 1 Satz 2, 30, 40 Absatz 1, 41 Absatz 1, 43 Absatz 1 und 50 Absatz 1 Satz 4. Im Übrigen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, auf die diese Verordnung verweist, entsprechend,

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
1 und 50 Absatz 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.	soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen.
§ 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit	§ 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 § 103 des Landesbeamtengesetzes haben, 2. für Gutachten, die nicht von der Festsetzungsstelle, sondern auf Verlangen 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 eingetragene Lebenspartnerin, den eingetragenen Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der oder des Behandelten; in diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig.~~	(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen 1. soweit Personen, die beihilfeberechtigt oder bei beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig sind, einen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 103 des Landesbeamtengesetzes haben, 2. für Gutachten, die nicht von der Festsetzungsstelle, sondern auf Verlangen 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 <u>sowie</u> 6. für Untersuchungen und Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(2) Ferner sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, soweit ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht.	(2) unverändert
(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 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.	(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 <u>gesondert ausgewiesene</u> Abschläge für Verwaltungskosten und entgangene Apotheker- und Herstellerrabatte bei der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 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	(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

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 zustehenden Leistungen nicht in Anspruch genommen haben; dies gilt auch, wenn Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden; ausgenommen sind für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis 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.	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 zustehenden Leistungen nicht in Anspruch genommen haben; dies gilt auch, wenn Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden; ausgenommen sind für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus. Satz 3 gilt nicht für 1. Personen, die Leistungen nach <u>den Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder nach Kapitel 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes</u> erhalten, 2. freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, 3. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, <u>und</u> <u>4. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1, die mit einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person am Auslandsdienstort in häuslicher Gemeinschaft leben und dort auf Grund einer eigenen Berufstätigkeit entweder pflichtversichert sind oder einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben.</u>
§ 9	§ 9
Anrechnung von Leistungen	Anrechnung von Leistungen
(1) Soweit Aufwendungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder	(1) Soweit Aufwendungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 Krankheitsfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören, oder~~ ~~2. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.~~ ~~Unterhaltsansprüche von beihilfeberechtigten Personen gelten nicht als Ansprüche auf Kostenerstattung.~~	erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. <u>Dies gilt nicht für Leistungen an beihilfeberechtigte Personen, die dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören.</u>
(2) Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der abstrakt höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.	(2) unverändert
(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 um 50 Prozent zu kürzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für 1. Leistungsansprüche ~~nach § 10 Absatz 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-	(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 um 50 Prozent zu kürzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für 1. Leistungsansprüche <u>nach den Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder nach Kapitel 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes,</u> 2. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, 3. Leistungsansprüche aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung <u>und</u> 4. <u>Leistungsansprüche berücksichtigungsfähiger Personen nach § 4 Absatz 1, die mit einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person am Auslandsdienstort in häuslicher Gemeinschaft leben und dort auf</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>Grund einer eigenen Berufstätigkeit entweder pflichtversichert sind oder einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben.</u>
(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 Sätze 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.	(4) unverändert
§ 11 Aufwendungen im Ausland	§ 11 Aufwendungen im Ausland
(1) Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedsstaat 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.	(1) unverändert.
(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,	(2) unverändert.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 Absatz 5.	(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 Absatz <u>6</u>.
§ 12 Ärztliche Leistungen	§ 12 Ärztliche Leistungen

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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.	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 <u>Dienstunfähigkeitsbescheinigungen</u> für den Dienstherrn der beihilfeberechtigten Person trägt die Festsetzungsstelle.
§ 15a Kieferorthopädische Leistungen	§ 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.	(1) unverändert
(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~~	(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 <u>und</u> 3. erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
4. eine sekundäre Anomalie vorliegt, die erst im Erwachsenenalter erworben wurde	
§ 18 Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung	§ 18 Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen
~~–(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.~~	<u>(1) Aufwendungen für die folgenden psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 sowie der §§ 18a bis 21 beihilfefähig:</u> <u>1. gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung,</u> <u>2. probatorische Sitzungen,</u> <u>3. psychotherapeutischen Akutbehandlung,</u> <u>4. Psychotherapie in den Behandlungsformen der psychoanalytisch begründeten Verfahren, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie sowie</u> <u>5. psychosomatische Grundversorgung.</u>
~~–(2) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall bis zu 51 Euro beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung unter Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig. Soll sich eine Behandlung nach den §§ 19 bis 20 anschließen, ist § 18a Absatz 3 zu beachten. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20 anzurechnen.~~	<u>(2) Aufwendungen für die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach Absatz 1 Nummer 1 sind je Krankheitsfall für bis zu vier Sitzungen in Einheiten von 100 Minuten beihilfefähig. Die Sitzungen können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtanzahl der Sitzungen durchgeführt werden. Darüber hinaus sind unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zusätzlich bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall beihilfefähig</u>
~~–(3) Vor einer Behandlung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten~~	<u>(3) Aufwendungen für bis zu fünf probatorische Sitzungen nach Absatz 1 Nummer 2, bei sich</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~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 Konsiliarbericht bestätigt wird.~~	<u>anschließender analytischer Psychotherapie für bis zu acht probatorische Sitzungen, sind beihilfefähig, auch wenn Bezugspersonen einbezogen werden. Die probatorische Sitzung umfasst als Einzelbehandlung 50 Minuten und als Gruppenbehandlung 100 Minuten. Probatorische Sitzungen als Gruppenbehandlung können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtanzahl der Sitzungen durchgeführt werden. Darüber hinaus sind bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zwei zusätzliche probatorische Sitzungen beihilfefähig. Probatorische Sitzungen sind nicht auf die beihilfefähigen Kontingente der Behandlungen von Kurz- oder Langzeittherapien anzurechnen.</u>
~~4) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für~~ ~~1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 19 bis 21,~~ ~~2. Leistungen nach Abschnitt 1 der Anlage 3.~~	<u>(4) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung nach Absatz 1 Nummer 3 als Einzeltherapie sind je Krankheitsfall für bis zu 24 Behandlungen in Einheiten von mindestens 25 Minuten beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Aufwendungen für bis zu 30 Behandlungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung je Krankheitsfall als Einzeltherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig. Soll sich an die psychotherapeutische Akutbehandlung eine Behandlung nach den §§ 19 bis 20a anschließen, ist § 18a Absatz 3 zu beachten. Die Anzahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20a anzurechnen.</u>
	<u>(5) Vor einer psychotherapeutischen Behandlung nach Absatz 1 Nummer 4 muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen erfolgen.</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für 1. <u>gleichzeitige Behandlungen nach Absatz 4 und den §§ 19 bis 21, sowie</u> 2. <u>Leistungen nach Anlage 3 Abschnitt 1.</u>
§ 18a ~~Gemeinsame Vorschriften für die~~ ~~Behandlungsformen~~ ~~psychoanalytisch begründete Verfahren und~~ ~~Verhaltenstherapie~~	§ 18a <u>Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch</u> <u>begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und</u> <u>Systemische Therapie</u>
(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei 1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und 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. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.	(1) unverändert
(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	(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

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann, b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substituionsgestützter 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. seelischen Krankheiten 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 den Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 3 erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.	a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann, b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substituionsgestützter 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. seelischen Krankheiten 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 den Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 3 erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von <u>in der Regel</u> mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung. <u>Eine Gruppenbehandlung kann auch mit einer Behandlungsdauer von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden.</u>
(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	(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

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
1.sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Absatz 1 dienen, bei denen eine 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 zu erwarten ist und 3.die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat, es sei denn, dass es sich um eine Kurzzeittherapie handelt. Aufwendungen für Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung später als nicht notwendig erwiesen hat.	1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Absatz 1 dienen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, 2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach <u>den</u> probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und 3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat, es sei denn, dass es sich um eine Kurzzeittherapie handelt. 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 Absatz 3 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) veröffentlichten Fassung bestellt worden ist. 2Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder bei einer oder einem vom Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes beauftragten Ärztin oder Arzt eingeholt werden.	(4) unverändert.
~~(5) Haben Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person~~	<u>(5) Festsetzungsstellen können auf die Einholung eines Gutachtens im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 1</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
berücksichtigungsfähig sind, am Dienort 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 Nummer 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 oder 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 Gutachtens 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.	<u>Nummer 3 verzichten, wenn sichergestellt ist, dass sie selbst in der Lage sind, Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung festzustellen.</u>
(6) Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Festsetzungsstelle bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden	(6) Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Festsetzungsstelle bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. <u>Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Therapie nach den §§ 19 bis 20 anzurechnen.	<u>genehmigungsfreie Kurzzeittherapie unter Einbeziehung einer Bezugsperson mit bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig.</u> Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Therapie nach den §§ 19 bis 20 <u>a</u> anzurechnen.
(7) 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.	<u>(7) unverändert.</u>
§ 19 Psychoanalytisch begründete Verfahren	§ 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) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren mit ihren beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie, sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig: [...]
(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.	(2) unverändert

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(3) In Ausnahmefällen kann die Festsetzungsstelle 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.	(3) unverändert
(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 Anzahl 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 Anzahl der Sitzungen angerechnet.	(4) unverändert
(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 Grund eines besonders begründeten Erstantrags erbracht werden.	(5) unverändert.
(6) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.	(6) unverändert.
§ 20 Verhaltenstherapie	§ 20 Verhaltenstherapie

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO			Neue Fassung LBhVO
(1) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:			(1) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:
	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	unverändert
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.			(2) unverändert.
~~(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 zehn Sitzungen; ~~2.~~ bei Gruppenbehandlung nicht mehr 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.~~			

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO									
(4) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.	(3) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.									
	§ 20a <u>Systemische Therapie</u>									
	(1) <u>Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in folgendem Umfang, auch als Behandlung der Patientin oder des Patienten zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonenbehandlung), beihilfefähig:</u>									
	<table><tr><td></td><td><u>Einzelbehandlung</u></td><td><u>Gruppenbehandlung</u></td></tr><tr><td><u>im Regelfall</u></td><td><u>36 Sitzungen</u></td><td><u>36 Sitzungen</u></td></tr><tr><td><u>in Ausnahmefällen</u></td><td><u>weitere 12 Sitzungen</u></td><td><u>weitere 12 Sitzungen</u></td></tr></table>		<u>Einzelbehandlung</u>	<u>Gruppenbehandlung</u>	<u>im Regelfall</u>	<u>36 Sitzungen</u>	<u>36 Sitzungen</u>	<u>in Ausnahmefällen</u>	<u>weitere 12 Sitzungen</u>	<u>weitere 12 Sitzungen</u>
	<u>Einzelbehandlung</u>	<u>Gruppenbehandlung</u>								
<u>im Regelfall</u>	<u>36 Sitzungen</u>	<u>36 Sitzungen</u>								
<u>in Ausnahmefällen</u>	<u>weitere 12 Sitzungen</u>	<u>weitere 12 Sitzungen</u>								
	<u>(2) § 19 Absatz 3 gilt entsprechend.</u>									
§ 21 Psychosomatische Grundversorgung	§ 21 Psychosomatische Grundversorgung									
(1) Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne dieser Verordnung umfasst 1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte und 2. Hypnose, autogenes Training und ~~Relaxationstherapie~~ nach Jacobson nach den Nummern 845 bis 847 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.	(1) Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne dieser Verordnung umfasst 1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte und 2. Hypnose, autogenes Training und <u>progressive Muskelrelaxation</u> nach Jacobson nach den Nummern 845 bis 847 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.									

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(2) Je Krankheitsfall sind beihilfefähig Aufwendungen für 1. verbale Intervention als Einzelbehandlung mit 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 zwölf Sitzungen sowie 3. autogenes Training und ~~Relaxationstherapie~~ nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei 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.	(2) Je Krankheitsfall sind beihilfefähig Aufwendungen für 1. verbale Intervention als Einzelbehandlung mit 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 zwölf Sitzungen sowie 3. autogenes Training und <u>progressive Muskelrelaxation</u> nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei 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.
§ 22 Arznei- und Verbandmittel	§ 22 Arznei- und Verbandmittel, <u>Medizinprodukte</u>
(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	(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang 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 <u>im Sinne des Medizinprodukterechts</u> zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in Anlage <u>V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
oder im menschlichen Körper bestimmt, in Anlage 4-aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen:	<u>Bundesausschusses in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009 (BANz. Nr. 49a Beilage), die zuletzt durch Beschluss vom 21. August 2025 (BANz. AT 25.09.2025 B3) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung</u> 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. Arzneimittel zur Behandlung von a) Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich derbei 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	(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für <u>1. Arzneimittel, die in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannt sind, es sei denn, dass das jeweilige Arzneimittel im Einzelfall nicht zur Behandlung in dem für dieses Arzneimittel in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Anwendungsbereich, sondern zur Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung, die eine Krankheit ist, eingesetzt wird und</u> a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder b) die anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben, 2. 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,

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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. 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, 4. gesondert ausgewiesene Versandkosten.	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. hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung; dies gilt nicht bei Personen unter <u>22</u> Jahren oder wenn diese Mittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden, 4. gesondert ausgewiesene Versandkosten; <u>dies gilt nicht für Aufwendungen von Botendienstzuschlägen in Höhe von 2,50 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je Lieferort und Tag bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken.</u>
~~(3) Aufwendungen für Arzneimittel, die nach Anlage 6 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.~~	(3) Aufwendungen für Arzneimittel, für die <u>Festbeträge nach § 35 Absatz 3, 5 und 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt sind, sind nur bis zur Höhe der Festbeträge beihilfefähig, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 35 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf seiner Internetseite (www.bfarm.de) veröffentlicht. Aufwendungen für Arzneimittel nach Satz 1 sind über den Festbetrag hinaus beihilfefähig, wenn die Arzneimittel</u> <u>1. in medizinisch begründeten Einzelfällen verordnet worden sind oder</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>2. in Richtlinien nach § 129 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmt sind.</u>
§ 23 Heilmittel	§ 23 Heilmittel
(1) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel und bei der Anwendung dieser Heilmittel verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der Anlagen 7 und 8 beihilfefähig.	(1) unverändert
	<u>(2) Aufwendungen für Ergotherapie und für bei der Anwendung von Ergotherapie verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der Anlagen 7 und 8 auch beihilfefähig, wenn die Ergotherapie durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten verordnet wird.</u>
~~(2) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel anstelle der in Anlage 7 genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland.~~	<u>(3) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für verordnete Heilmittel anstelle der in Anlage 7 genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland.</u>
§ 24 Komplextherapie und integrierte Versorgung	§ 24 Komplextherapie, integrierte Versorgung und <u>Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen</u>
(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht ~~und pauschal berechnet~~ werden, sind abweichend von § 6 Absatz 3 Satz 1 und 2 und § 23 Absatz 1 in	(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht werden, sind abweichend von § 6 Absatz 3 Satz 1 und 2 und § 23 Absatz 1 in angemessener Höhe beihilfefähig.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten oder Leistungserbringende nach Anlage 8 angehören müssen.	<u>Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.</u>
	<u>(2) Aufwendungen für Leistungen psychiatrischer oder psychosomatischer Institutsambulanzen sind entsprechend § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig bis zur Höhe der Vergütungen, 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.</u>
(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.	<u>(3) 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.</u>
(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 Leistungserbringern	<u>(4) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringern und</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.	Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung <u>oder den Beihilfetägern</u> abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.
	<u>(5) Bei chronisch Kranken oder schwerstkranken Personen, die das 14., in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen beihilfefähig, wenn die Maßnahmen</u> <u>1. durchgeführt werden im Anschluss an</u> <u>a) eine Behandlung in einem Krankenhaus, das nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen ist,</u> <u>b) eine Behandlung in einem Krankenhaus, das die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen ist oder</u> <u>c) eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder 3 und</u> <u>2. erforderlich sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.</u>
§ 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke	§ 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	(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 9 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. ~~Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne von Satz 1 sind nach Ablauf von sechs Monaten seit Anschaffung beihilfefähig, wenn eine erneute ärztliche Verordnung vorliegt.~~	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 9 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. <u>Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen Gegenstandes im Sinne des Satzes 1 sind auch ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn der Ersatzgegenstand in derselben oder einer gleichwertigen Ausführung wie der unbrauchbar gewordene oder verloren gegangene Gegenstand beschafft wird und die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten nach der Anschaffung erfolgt.</u>
(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die	(2) unverändert
1. einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,	
2. einen niedrigen Abgabepreis haben,	
3. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder	
4. in Anlage 10 genannt sind.	
(3) Aufwendungen für das Mieten von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nach Absatz 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die Aufwendungen für deren Anschaffung sind ~~und diese sich dadurch erübrigt.~~	(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.
(4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 9 oder	(4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 9 oder 10

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
10 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes notwendig ist. ~~Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 mit Zustimmung der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung.~~ Absatz 2 bleibt unberührt.	aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes notwendig ist. <u>Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 bei Aufwendungen von mehr als 600 Euro mit Zustimmung der für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständigen Senatsverwaltung, die bei Aufwendungen von mehr als 1.200 Euro im Vorfeld das Einvernehmen erteilen muss.</u> 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 Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.	(5) unverändert
	<u>(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der die Gefahr einer Infektion durch Stichverletzungen, insbesondere durch Blutentnahmen und Injektionen, besteht oder angenommen werden kann.</u>
	§ 25a <u>Digitale Gesundheitsanwendungen</u>
	<u>(1) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Absatz 1</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig wenn die digitalen Gesundheitsanwendungen</u> <u>1. in dem beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen, das nach § 139e Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemacht und auf der Internetseite https://diga.bfarm.de veröffentlicht wird, aufgeführt sind und</u> <u>2. von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten verordnet worden sind.</u> <u>Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten für die Standardversion der digitalen Gesundheitsanwendung, sofern nicht aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht die Notwendigkeit einer erweiterten Version schriftlich oder elektronisch begründet wurde. Aufwendungen für Zubehör der digitalen Gesundheitsanwendung sind beihilfefähig, wenn das Zubehör ausschließlich für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung zwingend erforderlich ist.</u>
	<u>(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für</u> <u>1. die Beschaffung, den Betrieb und die technische Anbindung der zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Endgeräte,</u> <u>2. die zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Telekommunikationsdienstleistungen,</u> <u>3. Zweit- oder Mehrfachbeschaffungen der digitalen Gesundheitsanwendung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten; dies gilt auch für eine teurere Version der digitalen</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>Gesundheitsanwendung, die Lizenzen für die Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet, und</u> <u>4. Zubehör, das den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen ist, wie zum Beispiel Aktualisierungs- oder Ergänzungssoftware für Betriebsprogramme, Kopfhörer, Mikrofone oder vergleichbare Hardware und digitale Waagen.</u>
§ 26 Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern	§ 26 <u>Behandlung</u> 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 Krankenhaus-behandlungen 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), und 5. den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis ergänzend zu Nummer 1 bis 4 für Wahlleistungen 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 der jeweiligen Fachabteilung~~	(1) Aufwendungen für Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, soweit sie entstanden sind für 1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhaus-behandlungen 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), und 5. den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis ergänzend zu Nummer 1 bis 4 für Wahlleistungen in Form a) gesondert berechneter wahlärztlicher Leistungen im Sinne des § 17 des Kranken-

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~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.	hausentgeltgesetzes 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 <u>von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich,</u> und c) anderer im Zusammenhang mit Leistungen nach den Buchstaben a und b erbrachter ärztlicher Leistungen oder Leistungen nach § 22.
(2) Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig.	(2) unverändert
(3) Aufwendungen für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig	(3) unverändert
§ 26a Behandlungen in Krankenhäusern ohne Zulassung	§ 26a <u>Behandlung in nicht zugelassenen</u> Krankenhäusern
1) Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach §	(1) Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach § 108

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig: ~~1. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden,~~ a) ~~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 Anwendung des einheitlichen Bundesbasisfallwertes, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist,~~ b) ~~für die ausgegliederten Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzlich die sich ergebende Summe aus § 15 Abs. 2a Krankenhausentgeltgesetz multipliziert mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für jeden Belegungstag und~~ c) ~~Zusatzentgelte, sofern sie in der Rechnung ausgewiesen sind, bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesenen Höhe,~~ 2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in psychosomatischen Einrichtungen abgerechnet werden:	des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig: <u>1. bei Indikationen, die in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden:</u> <u>a) die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalen-Katalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Zugrundelegung des zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden, einheitlichen Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 Satz 5 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt,</u> <u>b) die nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgegliederten Pflegepersonalkosten, und zwar für jeden Belegungstag die maßgebliche Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multipliziert mit dem in § 15 Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Betrag, und</u> <u>c) Zusatzentgelte bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesenen Höhe;</u> <u>2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in psychosomatischen Einrichtungen abgerechnet werden:</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~a) das errechnete Entgelt aus Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkataloges bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 280 Euro und~~ ~~b) sofern in der Rechnung Zusatzentgelte ausgewiesen sind bis zur Höhe nach Anlage 3 des PEPP-Entgeltkataloges und~~ ~~c) sofern in der Rechnung ergänzende Tagesentgelte ausgewiesen sind bis zur Höhe nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkataloges,~~ 3. für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer 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).	a) <u>das nach Anlage 1a oder 2a des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-Entgeltkatalog) berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 Euro,</u> b) <u>Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs ausgewiesenen Beträgen und</u> c) <u>ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes von 300 Euro;</u> <u>maßgebend ist die jeweils geltende, auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (www.g-drq.de) veröffentlichte Fassung des PEPP-Entgeltkatalogs,</u> 3. für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis werden gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer bis zur Höhe von <u>1,2</u> Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich, 4. bei einer-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) Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der	(2) unverändert

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig.	
(3) Für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis sind gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte erfolgt, neben den Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig	(3) unverändert
(4) 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) unverändert
(5) 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) unverändert
6) 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 Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, sofern die Unterbringung derjenigen in einem Mehrbettzimmer im Inland nach § 26 Absatz 1 Nummer 2 und für den in § 26 Absatz 1 Nummer 5 genannten Personenkreis die Unterbringung derjenigen in einem	(6) unverändert

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Zweibettzimmer im Inland nach § 26 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b entspricht. Der in § 26 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b genannte Abzugsbetrag ist zu berücksichtigen. 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.	
	<u>§ 26b</u> <u>Übergangspflege im Krankenhaus</u>
	<u>Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 Satz 1 bis 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus sind für zehn Tage je Krankenhausbehandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft.</u>
§ 27 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	§ 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. In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine medizinische Stellungnahme darüber vorgelegt	(1) <u>Beihilfefähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, soweit sie angemessen sind und wenn sie nach Bescheinigung durch eine Verordnerin oder einen Verordner im Sinne des Absatz 2 erforderlich sind und die Pflege</u> 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. <u>Angemessen im Sinne des Satzes 1 sind Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen Entgelts einer Pflegekraft der öffentlichen oder frei</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Ist eine Behandlungspflege erforderlich, um sicherzustellen, dass das Ziel der ärztlichen Behandlung erreicht wird, ist Satz 1 Nummer 1 nicht anzuwenden.	<u>gemeinnützigen Träger, die für die häusliche Krankenpflege in Betracht kommen. Sofern das Entgelt für Pflegekräfte nicht tariflich geregelt ist, sind Aufwendungen im Sinne des Satzes 1 bis zur Höhe von 110 Prozent des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch angemessen. Bis zur jeweiligen Höhe nach Satz 2 und 3 sind auch Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft, die die Verordnerin oder der Verordner für geeignet erklärt, beihilfefähig. Liegt ein sachlicher Grund vor, so sind auch Aufwendungen beihilfefähig, die ihrer Höhe nach über der Höhe nach Satz 3 liegen.</u> In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine medizinische Stellungnahme darüber vorgelegt wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Ist eine Behandlungspflege erforderlich, um sicherzustellen, dass das Ziel der ärztlichen Behandlung erreicht wird, ist Satz 1 Nummer 1 nicht anzuwenden.
	<u>(2) Verordnerin oder Verordner ist</u> <u>1. im Rahmen der häuslichen Krankenpflege oder Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit der Arzt oder die Ärztin,</u> <u>2. im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege</u> <u>a) die Fachärztin für Nervenheilkunde oder der Facharzt für Nervenheilkunde,</u> <u>b) die Fachärztin für Neurologie oder der Facharzt für Neurologie,</u> <u>c) die Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>d) die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,</u> <u>e) die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,</u> <u>f) die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut,</u> <u>g) die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,</u> <u>h) die Fachärztin mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder der Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.</u>
(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	(3) 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

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Krankenhausbehandlung. Satz 2 gilt nicht im Fall einer Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5.	Pflegegrade 2 bis 5. <u>Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen in den in § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht und die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben der Einrichtungen oder Räumlichkeiten gehört.</u>
(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) In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine <u>durch eine Verordnerin oder einen Verordner im Sinne des Absatzes 2 ausgestellte</u> Bescheinigung darüber vorgelegt wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Die ambulante Palliativversorgung nach Absatz 3 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 durch-führende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.	(5) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der <u>Absätze 1, 3 und 4</u> 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 durch-führende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.
(5) Ist häusliche Krankenpflege nach Absatz 1	(6) Ist häusliche Krankenpflege nach Absatz 1

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 Pflege-grade 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.	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 <u>durch eine Verordnerin oder einen Verordner im Sinne des Absatzes 2 bescheinigt worden ist.</u>
(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen.	(Z) unverändert
	§ 27a Außerklinische Intensivpflege
	<u>(1) Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege kann nachgewiesen werden durch</u> <u>1. eine ärztliche Verordnung, aus der, zum Beispiel aus den Angaben zur Dauer und zum notwendigen Umfang der medizinischen Behandlungspflege, der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, insbesondere der Bedarf zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, hervorgeht oder</u> <u>2. die Feststellung eines besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder die Postbeamtenkasse.</u> <u>Spätestens zwölf Monate nach einer Erstaussstellung oder einer Folgeausstellung ist ein erneuter Nachweis nach Satz 2 Nummer 1 oder 2 zu erbringen.</u>
	<u>(2) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind unter Anrechnung des von der Pflegekasse nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch jeweils übernommenen Leistungsbetrags Aufwendungen beihilfefähig für</u> <u>1. die Pflege und die Betreuung,</u> <u>2. die medizinische Behandlungspflege nach § 43 Absatz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,</u> <u>3. die betriebsnotwendigen Investitionskosten und</u> <u>4. die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.</u> <u>Nach dem Wegfall eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege sind Aufwendungen in dem nach Satz 1 beihilfefähigen Umfang weiterhin beihilfefähig, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.</u>
	<u>(3) Die in den §§ 27 und 39 genannten Aufwendungen sind nicht neben den in den Absätzen 1 und 2 genannten Aufwendungen beihilfefähig.</u>
§ 28	§ 28

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Familien- und Haushaltshilfe	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 § 45 des Beamtenstatusgesetzes mit Zustimmung der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.	(1) <u>Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde bis zur Höhe des 1,17-fachen Betrages des sich aus § 1 Absatz 2 des Mindestlohngesetzes ergebenden Mindestlohns</u>, 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 § 45 des Beamtenstatusgesetzes mit Zustimmung der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung 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	(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

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
einer ambulanten Krankenhaus-behandlung. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Absatz 1 Satz 2 und § 27 Absatz 4 gelten entsprechend.	einer ambulanten Krankenhaus-behandlung. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Absatz 1 Satz 2 und § 27 Absatz 5 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.	(3) Nach dem Tod der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Absatz 1 für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate, beihilfefähig. § 27 Absatz 5 gilt entsprechend.
§ 30a Neuropsychologische Therapie	§ 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	(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 <u>1. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten</u> <u>2. ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,</u> <u>3. psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder</u> <u>4. Kinder- und Jugendlichen psychotherapeutinnen oder <u>Kinder- und Jugendlichen</u> psychotherapeuten,</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.	wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.
§ 31 Fahrtkosten	§ 31 Fahrtkosten
~~(1) Aufwendungen für Rettungsfahrten und -flüge sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.~~	<u>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten</u> <u>1. im Zusammenhang mit einer stationären Krankenbehandlung einschließlich einer vor- und nachstationären Krankenbehandlung,</u> <u>2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus,</u> <u>3. anlässlich einer ambulanten Operation und damit in Zusammenhang stehenden Vor- oder Nachbehandlungen, jedoch nur dann, wenn dadurch eine stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden wird,</u> <u>4. mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird,</u> <u>5. zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung, wobei Gesundheitsvorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25, 25a und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes sowie die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz nach § 118a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen sind, oder</u> <u>6. um ein untergebrachtes, schwer erkranktes Kind der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und bei dem</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind, zu besuchen.</u> Satz 1 gilt entsprechend für Fahrten, die durch <u>Zahnärztinnen oder Zahnärzte oder durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nach § 28 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</u> verordnet worden sind, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer <u>zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.</u>
~~(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 Krankenhausbe- handlung 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 Krankenkraftwa- gens 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~~	<u>(2) Ohne ärztliche Verordnung sind Aufwendungen beihilfefähig für</u> <u>1. Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,</u> <u>2. notwendige Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie,</u> <u>3. Fahrten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Personen</u> <u>a) mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, Bl oder H oder</u> <u>b) der Pflegegrade 3 bis 5 oder</u> <u>4. Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Festsetzungsstelle der Verlegung zugestimmt hat.</u> <u>Ist der Anlass der Fahrt aus den Belegen heraus nicht ersichtlich, ist dieser auf andere Weise nachzuweisen.</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 § 45 des Beamtenstatusgesetzes vorliegen. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 im Einvernehmen mit der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung.	(3) Angemessen sind nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und dem Ort der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernten Ort.
~~(4) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt auf Grund der Verweisung in § 77 des Landesbeamtengesetzes das Bundesreisekostengesetz entsprechend mit der~~	(4) Erstattet werden gemäß § 77 des <u>Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes:</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes gewährt wird. Bei Fahrten nach den Absätzen 1 und 2 Nummer 6 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.~~	<u>1. bei Rettungsfahrten und -flügen sowie bei Fahrten mit Krankentransportwagen der nach dem jeweiligen Landes- oder Kommunalrecht berechnete Betrag; fehlt dieser, gilt § 6 Absatz 1, Absatz 3 Satz 3 und Absatz 5,</u> <u>2. bei Benutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Kosten in Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse,</u> <u>3. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs die Kosten entsprechend § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes; bei gemeinsamer Fahrt einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person mit weiteren beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen mit einem Kraftfahrzeug sind die Fahrtkosten insgesamt nur einmal beihilfefähig,</u> <u>4. bei Fahrten mit einem Taxi, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, die Kosten bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxenordnung berechneten Taxe.</u>
	<u>(5) Nicht beihilfefähig sind</u> <u>1. die Kosten für die Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise,</u> <u>2. die Kosten für die Beförderung anderer Personen als der erkrankten beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,</u> <u>3. die Kosten für andere als die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 genannten Besuchsfahrten,</u> <u>4. die Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>außerhalb der Europäischen Union, sofern hierzu das Aufenthaltsland verlassen wird.</u> <u>Kosten nach Satz 1 Nummer 4 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn zwingende medizinische Gründe für Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union vorliegen. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die Erteilung der Zustimmung bedarf des Einvernehmens mit der für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständigen Senatsverwaltung.</u>
~~(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.	~~(6)~~ 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.
§ 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen	§ 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	(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 <u>oder § 111c</u> des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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.	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.	(2) unverändert.
(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.	(3) unverändert.
~~(4) § 26 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 ohne die zeitliche Begrenzung des Satzes 2 Nummer 5 Buchstabe a und b auf 21 Tage.~~	<u>(4) § 26 Absatz 1 Nummer 5, § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 2 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.</u>
	<u>(5) Kosten für die Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderung sind beihilfefähig</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>1. bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 31 Absatz 4 Nummer 1,</u> <u>2. bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den für Fahrten in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten,</u> <u>3. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs in entsprechender Anwendung des § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,</u> <u>4. bei Benutzung eines Taxis nur, wenn der Festsetzungsstelle auf Grund einer ärztlichen Bestätigung die Notwendigkeit der Beförderung nachgewiesen wird und die Festsetzungsstelle die Aufwendungen vorher anerkannt hat,</u> <u>5. bei Fahrten zu und von ambulanten Maßnahmen, wenn die Fahrten entweder durch die Rehabilitationseinrichtung selbst oder durch einen von ihr beauftragten Dienstleister durchgeführt werden, jedoch nicht mehr als 10 Euro pro Behandlungstag.</u>
~~(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 und 3, Absatz 2, § 31 Absatz 2 Nummer 6 und 7, § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 bis 4 und 5 Buchstabe b ohne zeitliche Begrenzung beihilfefähig.~~	<u>(6) Werden unter den Voraussetzungen des Absatzes 3 Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 oder Absatz 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 und § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 bis 4 beihilfefähig.</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
§ 35 Rehabilitationsmaßnahmen	§ 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 Absatz 1 Nummer 1, 5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und	(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 <u>oder in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind,</u> 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 Absatz 1 Nummer 1, 5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung. ~~Anerkanntes Heilbad oder anerkannter Kurort sind solche, die in Anlage 13 aufgeführt sind. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden.~~	Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und 6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport <u>entsprechend der auf der Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de) veröffentlichten Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining in der jeweils geltenden Fassung.</u> <u>Die für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständige Senatsverwaltung gibt anlassbezogen eine aktuelle Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte durch Rundschreiben bekannt.</u> 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 Satz 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 § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 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,~~ ~~4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,~~	<u>(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 Satz 1 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig:</u> <u>1. Kosten für die Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderung</u> <u>a) bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 31 Absatz 4 Nummer 1,</u> <u>b) bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,</u> <u>c) bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs nach § 31 Absatz 4 Nummer 3, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 7 Abschnitt 1 Nummer 7 je Übungseinheit beihilfefähig.~~	<u>d) bei Benutzung eines Taxis nur in Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 oder § 31 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 unter Beachtung des § 36 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4,</u> <u>2. nachgewiesener Verdienstausschlag einer Begleitperson,</u> <u>3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitperson,</u> <u>4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,</u> <u>5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung</u> <u>a) bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,</u> <u>b) der Begleitperson bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage bis zur Höhe des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,</u> <u>c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt.</u> <u>d) bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage und</u> <u>e) der Begleitperson bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>Nummer 4 in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage ohne An- und Abreisetage.</u> <u>Aufwendungen für eine Begleitperson sind nur beihilfefähig, wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung aus einer ärztlichen Bescheinigung nach § 36 Absatz 1 Satz 2 hervorgeht; bei Personen bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr wird die medizinische Notwendigkeit der Begleitung unterstellt. Bei Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 sind nachgewiesene Fahrtkosten bis zu 10 Euro pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt beihilfefähig, sofern die Rehabilitationseinrichtung keine kostenfreie Transportmöglichkeit anbietet. Bei der Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs oder eines anderen motorgetriebenen Fahrzeugs gilt § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes entsprechend. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 sind bis zur Höhe des Betrages der beihilfefähigen Höchstbeträge gemäß Anlage 7 Abschnitt 1 Nummer 7 je Übungseinheit beihilfefähig.</u>
	<u>(3) Ist bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in der stationären Rehabilitationseinrichtung jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson außerhalb der Rehabilitationseinrichtung bis zur Höhe der Kosten nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 Buchstabe b beihilfefähig.</u>
§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen	§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen
(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1	(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 sind

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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.	nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. <u>Die Anerkennung setzt voraus, dass eine ärztliche Bescheinigung Aussagen dazu trifft, dass</u> 1. die Rehabilitationsmaßnahmen medizinisch notwendig ist, 2. <u>bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 4 eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen,</u> 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; <u>dies gilt nicht, wenn eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegt,</u> 4. <u>eine Fahrt mit einem Taxi nach § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe d medizinisch notwendig ist, und</u> 5. <u>eine Begleitperson medizinisch notwendig ist.</u> <u>Der ärztlichen Bescheinigung steht bei Diagnosen aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie nach den §§ 19 bis 21 und 30a die Bescheinigung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleich.</u> Für die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist <u>eine ärztliche Bescheinigung</u> 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

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	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.	(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 <u>der ärztlichen Bescheinigung</u> ist aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.
§ 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege	§ 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege
(1) Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig, soweit sie die in § 14 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Verrichtungen zur Sicherstellung der Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung sowie die Betreuungsleistungen nach § 36 Absatz 1 Satz 5 und § 124 Absatz 1 bis 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch betreffen und für geeignete Pflegekräfte entstehen, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Ausgenommen sind dabei Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1, soweit sie nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.	(1) unverändert

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(2) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 kann auch eine Pauschalbeihilfe gewährt werden, soweit die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 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. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die getätigten Aufwendungen im Rahmen der Pauschalbeihilfe zur Hälfte berücksichtigt. Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach ~~§ 35 des Bundesversorgungsgesetzes~~ besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der ~~Kriegsopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes~~ berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie die in § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit und das Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung einschließlich der damit verbundenen Leistungen zur sozialen Sicherung sind beihilfefähig.	(2) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 kann auch eine Pauschalbeihilfe gewährt werden, soweit die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 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. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die getätigten Aufwendungen im Rahmen der Pauschalbeihilfe zur Hälfte berücksichtigt. Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach <u>§ 142 in Verbindung mit § 146 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch</u> besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der <u>Opferfürsorge nach § 145 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch</u> berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie die in § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit und das Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung einschließlich der damit verbundenen Leistungen zur sozialen Sicherung sind beihilfefähig.
(3) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird. Während einer Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nach Absatz 7 wird jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte der zuvor geleisteten Pauschalbeihilfe	(3) unverändert

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
gewährt. 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.	
(4) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Während einer Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nach Absatz 7 wird jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte der zuvor geleisteten Pauschalbeihilfe gewährt. Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.	(4) unverändert
(5) Werden Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3 in ambulant betreuten Wohngruppen erbracht, gilt § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Daneben sind die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen entsprechend § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.	(5) unverändert
(6) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der oder des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Aufwendungen für Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege sind neben den	(6) unverändert

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Aufwendungen nach den Absätzen 1 bis 3 beihilfefähig.	
(7) Bei Verhinderung der Pflegeperson und bei Kurzzeitpflege gelten die §§ 39 und 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.	(7) unverändert
(8) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 mit oder ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe entsprechend den §§ 45b, 123 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3, Absatz 3 und 4, § 124 Absatz 1 bis 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, Absatz 10 sowie im Falle der Verhinderung der Pflegeperson nach Absatz 7. Für Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, sind zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zu einem Betrag von 104 Euro monatlich beihilfefähig.	(8) unverändert
(9) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, soweit 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.	(9) unverändert
(10) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen	(10) unverändert

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Wohnumfelds der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist der Aufwendungsbetrag dem Grunde nach beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird.	
§ 38a Häusliche Pflege	§ 38a Häusliche Pflege
(1) Aufwendungen für häusliche Pflege entsprechend § 36 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Form von körperbezogenen Pflege-maßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten <u>Sätze</u> 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.	(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 <u>Beträge</u> 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 Pflegenden oder	(2) unverändert

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
2. zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen Personen 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.	(3) unverändert
(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 pflegebedürftige Person, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.	(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 <u>1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr und</u> 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 pflegebedürftige Person, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch auf ~~Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht~~ . Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26e des Bundesversorgungsgesetzes berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht.	(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch <u>nach den §§ 74 bis 76 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 17 Absatz 1 des Soldatenentschädigungsgesetzes besteht</u> .
(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.	(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 <u>bis 3b</u> 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 <u>c</u> des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.
§ 38b Kombinationsleistungen	§ 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.	(1) unverändert.
(2) Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt 1.während einer Verhinderungspflege nach § 38c ~~für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und~~	(2) Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt 1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c <u>für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr und</u> 2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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.	Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe.
	§ 38c <u>Verhinderungspflege, Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson</u>
	<u>(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs oder Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend den §§ 39 und 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.</u>
	<u>(2) Aufwendungen für eine Versorgung der pflegebedürftigen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 42b Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 und Absatz 5 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nur beihilfefähig, wenn kein Anspruch nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht. Für Fahrtkosten gilt § 34 Absatz 5 entsprechend. Abweichend von § 38a Absatz 4 Satz 2 ruhen Ansprüche nach § 38a einschließlich der Pauschalbeihilfe, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung befindet und die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach Satz 1 versorgt wird. Erfolgt die Versorgung der pflegebedürftigen Person nach § 42b Absatz 2 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, sind die pflegebedingten Aufwendungen</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts beihilfefähig.</u>
<u>§ 38e</u> <u>Kurzzeitpflege</u>	<u>§ 38e</u> <u>Kurzzeitpflege</u>
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.	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 <u>den §§ 42 und 42a</u> des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.
<u>§ 38g Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes</u>	<u>§ 38g</u> <u>Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen</u>
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	<u>(1)</u> 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.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Versicherungsleistungen zugrunde gelegt worden ist.	
	<u>(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für</u> <u>1. digitale Pflegeanwendungen bei häuslicher Pflege entsprechend § 40a des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter der Voraussetzung, dass die Notwendigkeit der Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen durch die private oder soziale Pflegeversicherung anerkannt wurde, und</u> <u>2. ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen entsprechend § 39a des Elften Buches Sozialgesetzbuch.</u> <u>Die Aufwendungen nach Satz 1 sind insgesamt nur bis zur Höhe des in § 40b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages beihilfefähig.</u>
§ 39 Vollstationäre Pflege	§ 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.	(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 <u>und 4</u> sowie § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch <u>gelten</u> entsprechend.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
§ 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 dem 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 Absatz 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 Absatz 1, 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht, und	(2) unverändert

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 ~~der 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	(3) Maßgeblich sind die im Kalenderjahr <u>vor dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen</u> 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

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 Pflege-monat zugrunde gelegt. Befinden sich verheiratete oder in einer Lebens-partnerschaft lebende Personen in vollstationärer Pflege und verstirbt die beihilfeberechtigte Person, sind die aktuellen Einnahmen im jeweili-gen Pflegemonat zugrunde zu legen, bis die	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. <u>die unter § 2 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes fallenden Einkünfte der beihilfeberechtigten Person aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit und</u> 5. <u>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.</u> Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die beihilfeberechtigte Person glaubhaft, dass die aktuellen Einnahmen voraussichtlich wesentlich geringer sind als die im Kalenderjahr vor <u>dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen</u> 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 <u>dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen</u>, werden die voraussichtlichen Einnahmen im jeweiligen Pflege-monat zugrunde gelegt. Befinden sich verheiratete oder in einer Lebens-partnerschaft lebende Personen in vollstationärer Pflege und verstirbt die beihilfeberechtigte Person, sind die aktuellen Einnahmen im jeweili-gen Pflegemonat zugrunde

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Voraussetzungen nach Satz 4 nicht mehr vorliegen.	zu legen, bis die Voraussetzungen nach Satz 4 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.	(4) unverändert.
(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.	(5) unverändert.
(6) Absatz 2 gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.	(6) unverändert.
§ 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe	§ 39a 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.~~	<u>Aufwendungen für Pflege, Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, oder an Bildung die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Satz 1 gilt auch für</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>pflegebedürftige Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden.</u>
§ 39b Aufwendungen bei Pflegegrad 1	§ 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 das Land Berlin 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.	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. <u>Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen</u> nach § 38g, 4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 39 Absatz 4, 5. vollstationäre Pflege nach § 39 Absatz 1 in Höhe <u>des in § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages</u>, 6. den Entlastungsbetrag nach § 38a Absatz 2 in Verbindung mit § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, <u>7. Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen nach § 38f Satz 2,</u> <u>8. Rückstufung nach § 39 Absatz 5.</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	Daneben beteiligt sich das Land Berlin 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.
§ 40 Palliativversorgung	§ 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 Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.	(1) unverändert
(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.	(2) Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre <u>palliativmedizinische</u> 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) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten ambulanter Hospizdienste für erbrachte Sterbebegleitung einschließlich ~~palliativ-pflegerischer~~ Beratung bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen. Voraussetzung einer Kostenbeteiligung ist der Beitritt der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung zu einer Vereinbarung zwischen dem Bund und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen.	(3) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten ambulanter Hospizdienste für erbrachte Sterbebegleitung einschließlich <u>palliativpflegerischer</u> Beratung bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen. Voraussetzung einer Kostenbeteiligung ist der Beitritt der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung zu einer Vereinbarung zwischen dem Bund und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen.

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	§ 40a <u>Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase</u>
	<u>(1) Beihilfefähig sind entsprechend § 132g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.</u>
	<u>(2) Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach § 15 der auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes (www.gkv-spitzenverband.de) veröffentlichten Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Trägern vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2017 in Verbindung mit den Vergütungsvereinbarungen der jeweiligen Träger der Einrichtungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen.</u>
	§ 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 11	(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20i, 25, <u>25a</u> und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Daneben sind die in Anlage 11

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutz-impfungen beihilfefähig.	aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen beihilfefähig.
(2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für	(2) unverändert
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 12 beihilfefähig.~~	<u>(3) Aufwendungen für Leistungen Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 4 nach Maßgabe der Anlage 12 beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis dritten Grades beruht. Aufwendungen nach Satz 1 sind nach Maßgabe der Anlage 12 für folgende Maßnahmen beihilfefähig:</u> <u>1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung.</u> <u>2. genetische Untersuchung.</u> <u>3. intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen.</u>
~~(4) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten~~	<u>(4) Aufwendungen für Leistungen Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind für Personen nach</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~familiären Darmkrebsrisiko sind nach Maßgabe der Anlage 12a beihilfefähig.~~	den §§ 2 und 4 beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis zweiten Grades beruht. Aufwendungen nach Satz 1 sind nach Maßgabe der Anlage 13 für folgende Maßnahmen beihilfefähig: 1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, 2. Tumorgewebsdiagnostik, 3. genetische Analyse (Untersuchung auf Keimmutation), 4. Früherkennungsmaßnahmen.
(5) Bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen beihilfefähig für 1. ärztliche Beratungen zu Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie 2. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.	(5) unverändert
(6) Die für das Beihilferecht zuständige Senatsverwaltung 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 § 45 des Beamtenstatusgesetzes notwendig ist.	(6) unverändert
(7) § 31 Absatz 5 gilt entsprechend.	(7) § 31 Absatz 6 gilt entsprechend.
§ 42 Schwangerschaft und Geburt	§ 42 Schwangerschaft und Geburt

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(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.	(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 5 gilt entsprechend
§ 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	§ 43 <u>Künstliche Befruchtung</u>
~~(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.~~	<u>(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, wenn</u> <u>1. die künstliche Befruchtung nach ärztlicher Feststellung erforderlich ist,</u> <u>2. nach ärztlicher Feststellung eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die künstliche Befruchtung eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,</u> <u>3. die Personen, die eine künstliche Befruchtung in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>4. beide Ehegatten das 25. Lebensjahr vollendet haben,</u> <u>5. die Ehefrau das 40. Lebensjahr und der Ehemann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,</u> <u>6. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und</u> <u>7. sich die Ehegatten vor Durchführung der künstlichen Befruchtung von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte haben unterrichten lassen.</u>
~~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 für das Beihilferecht zuständige Senatsverwaltung zugestimmt hat.~~	<u>(2) Die Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung werden der Person zugeordnet, bei der die jeweilige Einzelleistung durchgeführt wird.</u>
	<u>(3) Die Aufwendungen für folgende Einzelleistungen der künstlichen Befruchtung sind dem Mann zuzuordnen:</u> <u>1. Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens,</u> <u>2. notwendige Laboruntersuchungen und</u> <u>3. Beratung der Ehegatten über die speziellen Risiken der künstlichen Befruchtung und die</u>

**Änderung durch Artikel 1 der
Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO**

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung.</u>
~~(3) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist.~~	<u>(4) Die Aufwendungen für folgende Einzelleistungen der künstlichen Befruchtung sind der Frau zuzuordnen:</u> <u>1. extrakorporale Leistungen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samen und</u> <u>2. Beratung der Ehegatten über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung.</u>
~~(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.~~	<u>(5) Im Einzelnen sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:</u>

Alte Fassung LBhVO	Alte Fassung LBhVO			
	Nummer	Behandlungsmethode	Indikationen	Anzahl der beihilfefähigen Versuche
	1	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der	somatische Ursachen (wie zum Beispiel Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastense oder Dyspareunie)	acht

		Ovulation durch hCG-Gabe oder nach Stimulation mit Antiöstrogenen	gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion Subfertilität des Mannes immunologisch bedingte Sterilität	
	2	intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen	Subfertilität des Mannes immunologisch bedingte Sterilität	drei
	3	In-vitro-Fertilisation mit Embryo-Transfer, gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als Embryo-Intrafallopian-Transfer	Zustand nach Tubenampulation anders, auch mikrochirurgisch, nicht behandelbarer Tubenverschluss 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 Behandlungsmethode Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; - immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Behandlungsmethode Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind;	drei; der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in ei-nem der beiden ersten Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat
	4	intratubarer Gameten-Transfer	anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische, unerklärbare Sterilität, sofern alle diagnostischen und	zwei

		sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung einschließlich einer psychologischen Exploration ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Behandlungsmethode Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind;	
5	Intracytoplasmatische Spermieninjektion	schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermioogramme, die auf der Grundlage des Handbuchs der Weltgesundheitsorganisation zu „Examination and processing of human semen“ erstellt worden sind; die Untersuchung des Mannes durch Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen; intracytoplasmatische Spermieninjektion nach Kryokonservierung nach Absatz 8 Satz 2 bei nachgewiesener Fertilitätsstörung bei der Frau unabhängig von einer männlichen Fertilitätsstörung	drei; der dritte Versuch ist jedoch nur beihilfefähig, wenn in einem der beiden ersten Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat
<u>Sofern eine Indikation sowohl für eine In-vitro-Fertilisation als auch für einen intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, sind nur die Aufwendungen für eine Maßnahme beihilfefähig. Das Gleiche gilt bei einer nebeneinander möglichen In-vitro-Fertilisation und einer Intracytoplasmatische Spermieninjektion. Im Fall eines totalen Fertilisationsversagens beim ersten Versuch einer In-vitro-Fertilisation sind die Aufwendungen für eine intracytoplasmatische Spermieninjektion für maximal zwei darauffolgende Zyklen beihilfefähig.</u>			

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~(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.~~	<u>(6) Aufwendungen nach Absatz 3 Satz 2, Absatz 4 und Absatz 5 sind zu 50 Prozent beihilfefähig.</u>
	<u>(7) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung nach einer vorhergehenden Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.</u>
	<u>(8) Aufwendungen für die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie Aufwendungen für die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Aufwendungen nach Satz 1 können höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Nummer 5 als beihilfefähig anerkannt werden.</u>
	§ 43a <u>Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch</u>
	<u>(1) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind beihilfefähig, wenn die Sterilisation wegen einer Krankheit notwendig ist.</u>
	<u>(2) Aufwendungen für die ärztliche Beratung zu Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und der ärztlich verordneten empfängnisregelnden Mittel</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>sind beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung und für deren Applikation sind nur bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, die Mittel sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.</u>
	<u>(3) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen nach den §§ 12, 22, 26, 28, 29, 31 und 32 beihilfefähig. Daneben sind auch 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.</u>
§ 45a Organspende und andere Spenden	§ 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 für Inneres zuständige Bundesministerium~~ gibt folgende Pauschalen durch Rundschreiben bekannt: 1. für die Organisation der Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs, 2. für die Aufwandserstattung der Entnahmekrankenhäuser,	(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. <u>Die für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständige Senatsverwaltung</u> gibt folgende Pauschalen durch Rundschreiben bekannt: 1. für die Organisation der Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs, 2. für die Aufwandserstattung der Entnahmekrankenhäuser,

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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.~~	3. für die Finanzierung des Transplantationsbeauftragten, 4. für die Finanzierung des Betriebs der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin und des Transplantationsregisters, 5. für die Flugtransportkosten.
(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.	(2) Aufwendungen für eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind entsprechend Kapitel 2 <u>und § 7 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes</u> 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.	(3) unverändert

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
§ 45b ~~Klinisches Krebsregister~~	§ 45b <u>Klinisch-epidemiologisches Krebsregister Brandenburg-Berlin</u>
Die Festsetzungsstelle 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 der Beitritt der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung zu einer Vereinbarung zwischen dem Bund und dem ~~klinischen Krebsregister~~.	Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Krebsregistrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen unmittelbar gegenüber dem <u>klinisch-epidemiologischen Krebsregister Brandenburg-Berlin</u> 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 der Beitritt der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung zu einer Vereinbarung zwischen dem Bund und dem <u>klinisch-epidemiologischen Krebsregister Brandenburg-Berlin</u>.
§ 47 Abweichender Bemessungssatz	§ 47 Abweichender Bemessungssatz
(1) Die Festsetzungsstelle kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes den Bemessungssatz für Aufwendungen anlässlich einer Dienstbeschädigung angemessen erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz bestehen.	(1) unverändert
(2) Den Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den Kapiteln 2 und 4 von Versorgungsempfängerinnen, ~~Versorgungsempfängern und~~ berücksichtigungsfähigen Personen mit	(2) Den Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den Kapiteln 2 und 4 von Versorgungsempfängerinnen, <u>und</u> <u>Versorgungsempfängern sowie deren</u> berücksichtigungsfähigen Personen mit geringen

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 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 § 76 Absatz 3 Landesbeamtengesetzes ergeben würden.	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 <u>Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch oder Ausgleiche für gesundheitliche Schädigungsfolgen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz</u>, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Die geringen Gesamteinkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 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 § 76 Absatz 3 Landesbeamtengesetzes ergeben würden.
(3) Die Festsetzungsstelle kann den Bemessungssatz in weiteren Ausnahmefällen im Einvernehmen mit der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes zwingend geboten ist. Hierbei ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen.	(3) unverändert

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung auf Grund 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.	(4) unverändert
	<u>(5) Bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und individuelle Beihilfe in Anspruch nehmen, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Leistungen und Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Dies gilt nicht für beihilfefähige Aufwendungen, wenn für diese keine Leistungen oder Erstattungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.</u>
~~(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 Absatz 5 und § 41 Absatz 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Absatz 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.	<u>(6)</u> Der Bemessungssatz erhöht sich für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in den Fällen nach § 31 Absatz 6 und § 41 Absatz 6 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Absatz 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.
~~(6)~~ In Fällen des § 39 Absatz 2 und des § 44 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent.	<u>(7)</u> In Fällen des § 39 Absatz 2 und des § 44 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent.

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~(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 bis 39b auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.	<u>(8)</u> 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 bis 39b auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.
§ 48 Begrenzung der Beihilfe	§ 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-, Pfl egetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerenten- und Pflegerentenzu-satzversicherungen 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 j- weils 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.~~	(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-, Pfl egetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerenten- und Pflegerentenzu-satzversicherungen 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. <u>Bei der Abrechnung von Aufwendungen ist die Summe der Aufwendungen, die mit dem Antrag geltend gemacht werden und die dem Grunde nach beihilfefähig sind, der Summe der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen. Abweichend davon sind die jeweiligen dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 26 und 35 bis 39b den jeweils entsprechenden Leistungen gegenüberzustellen.</u>
§ 49	§ 49

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Eigenbehalte	Eigenbehalte
(1) 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2.	(1) 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 <u>sowie § 26b</u> und stationären Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Absatz 1, 2 und <u>6</u>, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und 2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2.
(2) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für 1.Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 2.Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung und 3.Spenderinnen und Spender nach § 45a Absatz 2.	(2) unverändert
§ 50 Belastungsgrenzen	§ 50 Belastungsgrenzen
(1) Auf Antrag sind Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, soweit sie die Belastungsgrenze nach Satz 4 überschreiten. Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs folgt. Dabei sind die Beträge nach § 49 Absatz 1 nur entsprechend der Höhe des tatsächlichen Abzugs zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt für beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Personen zusammen	(1) Auf Antrag sind Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, soweit sie die Belastungsgrenze nach Satz 4 überschreiten. Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs folgt. Dabei sind die Beträge nach § 49 Absatz 1 nur entsprechend der Höhe des tatsächlichen Abzugs zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt für beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Personen zusammen 1. zwei Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 2 sowie

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
1. zwei Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 1 sowie 2. 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, ein Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 ~~Satz 1~~.	2. 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, ein Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 <u>Satz 2</u>.
(2) Maßgeblich ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen. Die Einnahmen der Ehegattin, des Ehegatten, der ~~eingetragenen~~ Lebenspartnerin oder des ~~eingetragenen~~ 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. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.	(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. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.
(3) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der ~~Kriegsopferfürsorge~~ getragen, ist für die Berechnung der Belastungsgrenze der nach Maßgabe des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetzes zu ermittelnde Regelsatz anzuwenden.	(3) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der <u>sozialen Entschädigung</u> getragen, ist für die Berechnung der Belastungsgrenze der nach Maßgabe des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetzes zu ermittelnde Regelsatz anzuwenden.
§ 51 Bewilligungsverfahren	§ 51 Bewilligungsverfahren
(1) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Die	(1) unverändert

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
beihilfeberechtigte Person ist zur Mitwirkung verpflichtet. § 60 Absatz 1 Satz 1, § 62 und die §§ 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) bei gleichbleibender Höhe 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.	(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 (<u>nach den §§ 37 bis 39 und § 39b</u>) bei gleichbleibender Höhe 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. <u>Die Festsetzungsstelle hat spätestens zwölf Monate nach der Festsetzung zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Weitergewährung der Beihilfe weiterhin vorliegen.</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(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 für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis 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 Beihilfe 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.	(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 <u>auf Verlangen der Festsetzungsstelle</u> für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis 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 Beihilfe 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.
(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	(4) unverändert

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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.	(5) unverändert
(6) Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Festsetzungsstelle nach vorheriger Anhörung der beihilfeberechtigten Person zulassen, dass berücksichtigungsfähige Personen oder deren gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter ohne Zustimmung der beihilfeberechtigten Person die Beihilfe selbst beantragen.	(6) unverändert
(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.~~	(7) Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. <u>Auf die Mindestbetragsregelung nach Satz 1 kann die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständigen Senatsverwaltung verzichten.</u>
(8) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der beihilfeberechtigten Person Abschlagszahlungen leisten. Sie kann die Beihilfe auf Antrag der beihilfeberechtigten Person an Dritte auszahlen.	(8) unverändert.
§ 54	§ 54

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Antragsfrist	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.	(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb <u>von drei Jahren</u> nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen <u>nach § 38a Absatz 3</u> der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der <u>sozialen Entschädigung</u> vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der <u>sozialen Entschädigung</u> die Aufwendungen bezahlt hat. Die Frist beginnt in Fällen des § 45 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 gewährt, wenn der Antrag von beihilfeberechtigten Personen nach § 3 innerhalb der Frist nach Absatz 1 bei der zuständigen Beschäftigungsstelle im Ausland eingereicht wird.	(2) unverändert
§ 55 Geheimhaltungspflicht	§ 55 Geheimhaltungspflicht
Die bei der Bearbeitung des ~~Beihilfeantrags~~ bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten.	Die bei der Bearbeitung <u>von Beihilfeangelegenheiten</u> bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten.
§ 58 Übergangsvorschriften	§ 58 Übergangsvorschriften
~~(1) Für am 21. Januar 2017 vorhandene freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist § 47 Absatz 6 in der bis zum 20. Januar 2017 geltenden Fassung weiter anzuwenden.~~	
(2) Die §§ 141, 144 Absatz 1 und 3 und § 145 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.	<u>(1)</u> Die §§ 141, 144 Absatz 1 und 3 und § 145 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	(2) <u>Die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden und deren Schul- oder Berufsabschluss sich im Jahr 2020 und 2021 durch die COVID-19-Pandemie verzögert, verlängert sich um den Zeitraum der Verzögerung.</u>
	(3) <u>Die Anpassung des Betrages nach § 4 Absatz 1 Satz 1 auf Grund von § 4 Absatz 1 Satz 6 und 7 erfolgt erstmals für die Beantragung der Beihilfe im Jahr 2025.</u>
	(4) <u>Aufwendungen für Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal entsprechend § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, um die notwendige Versorgung der pflegebedürftigen Person zu gewährleisten, sind bis zum 31. Dezember 2025 beihilfefähig.</u>
	5) <u>Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, deren Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung oder nach einem Gesetz, das das Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung ganz oder teilweise für anwendbar erklärt, bestandskräftig festgestellt sind, gelten die Vorschriften des § 8 Absatz 4 Satz 4 Nummer 1, § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1, § 38a Absatz 5, § 47 Absatz 2 Satz 2 und § 54 Absatz 1 Satz 3 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter. Satz 1 gilt auch für ab 1. Januar 2024 entstehende Ansprüche nach dem Soldatenversorgungsgesetz in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz.</u>
	(6) <u>Im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 ausgezahlte Beihilfeleistungen nach § 38c Absatz 1 und § 38e werden auf die Beihilfeleistungen des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 38c Absatz 1 und § 38e in Verbindung mit den §§ 39, 42 und 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Anlage 1 (zu § 6 Absatz 2)	Anlage 1 (zu § 6 Absatz 2 <u>Satz 2</u>)
Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen	Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen
Abschnitt 1	Abschnitt 1
Völliger Ausschluss	Völliger Ausschluss
1.1. - 2.6	unverändert
2.7 ~~Bruchheilung ohne Operation~~	2.7 <u>Heilung von Hernien ohne Operation</u>
3.1 - 3.2	unverändert
3.3 ~~computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung~~	3.3 <u>(frei)</u>
3.4 - 8.2	unverändert
	<u>8.3 Hornhautimplantation refraktiv zur Korrektur der Presbyopie</u>
9.1 - 12.1	unverändert
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)~~	13.1 <u>(frei)</u>
14.1 - 15.1	unverändert
	<u>16.1 Photobiomodulation (PBM) bei trockener altersbedingter Makuladegeneration (AMD)</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
16.2 photodynamische Therapie in der Parodontologie	16.2 photodynamische Therapie in der Parodontologie
16.2- ~~Psycotron~~ -Therapie	16.3 Psycotron-Therapie
16.3 pulsierende Signaltherapie	16.4 pulsierende Signaltherapie
16.4 Pyramidenenergiebestrahlung	16.5 Pyramidenenergiebestrahlung
17.1 - 22.2	unverändert
	<u>22.3 visuelle Restitutionstherapie</u>
23.1 - 26.1	unverändert
Abschnitt 2	Abschnitt 2
Teilweiser Ausschluss	Teilweiser Ausschluss
1. Chelattherapie Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson und Siderose. Alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung einer Schwermetallvergiftung.	1. unverändert
~~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, therapieresistente Epicondylitis humeri radialis und therapieresistente Achillodynie. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der	<u>2.</u> Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Tendinosis calcarea, Pseudarthrose, Fasziitis plantaris, therapieresistente Epicondylitis humeri radialis und therapieresistente Achillodynie. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.	Ärzte beihilfefähig. Da-neben 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.	<u>3.</u> 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 Tumor-behandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.	<u>4.</u> 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.	<u>5.</u> 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.	<u>6.</u> 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	<u>7.</u> 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

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
durchgeführt wird, sowie bei psychiatrischen Erkrankungen.	durchgeführt wird, sowie bei psychiatrischen Erkrankungen.
	<u>8. Modifizierte Eigenblutbehandlung</u> <u>Aufwendungen mit autologen Thrombozytenkonzentraten wie plättchenreiches Plasma (PRP) und plättchenreiches Fibrin (PRF) sind nur bei den folgenden Behandlungen beihilfefähig:</u> <u>a) Zahnheilkunde, nach Exaktion eines Zahnes oder mehrerer Zähne</u> <u>aa) zum Volumenerhalt des Knochens beispielsweise Alveolarfortsatzes (postextraktioneller, zum Beispiel präimplantologisch indizierter Kieferkammerhalt; Socket/Ridge Preservation) oder</u> <u>bb) zur Verbesserung der Alveolenheilung und Reduktion des Alveolitis-Risikos (PRF als solide PRF-Plug-Matrix) insbesondere im Rahmen einer operativen Weisheitszahnentfernung</u> <u>b) Augenheilkunde</u> <u>bei einer trockenen Glandulae tarsales (zum Beispiel bei Meibom-Drüsen-Dysfunktion, Sicca-Syndrom oder Keratokonjunktivitis sicca) mit autologen Serumaugentropfen aus Eigenblut als Tränenersatzstoff.</u>
~~9.~~ Ozontherapie Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.	<u>9.</u> 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 therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach Nummer 302	<u>10.</u> Radiale <u>extrakorporale</u> Stoßwellentherapie (r-ESWT) Aufwendungen sind nur beihilfefähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis <u>oder einer therapierefraktären Fasciitis plantaris</u>. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Zuschläge sind nicht beihilfefähig.	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 7 beihilfefähig.~~	<u>11.</u> 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. <u>Die Aufwendungen sind bis zur Höhe der beihilfefähigen Höchstbeträge gemäß Anlage 7 Abschnitt 1 Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen, dortige Nummern 4 bis 6 beihilfefähig.</u>
~~12.~~ Thymustherapie und Behandlung mit Thy- muspräparaten Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.	<u>12.</u> Thymustherapie und Behandlung mit Thy- muspräparaten Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Be- handlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.
	<u>13. Visusverbessernde Maßnahmen</u> <u>a) Austausch natürlicher Linsen</u> <u>Bei einer reinen visusverbessernden Operation sind Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn der Austausch die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen. Die Aufwendungen für die Linsen sind dabei nur bis zur Höhe der Kosten einer Monofokallinse, höchstens 270 Euro pro Linse beihilfefähig. Satz 2 gilt auch für Linsen bei einer Kataraktoperation.</u> <u>b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch eine Brille oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.</u> <u>c) Implantation einer additiven Linse, auch einer Add-on-Intraokularlinse</u> <u>Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.</u> <u>d) Implantation einer phaken Intraokularlinse</u> <u>Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.</u> <u>Aufwendungen für visusverbessernde Maßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle den Maßnahmen vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt hat.</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Anlage 3 (zu den §§ 18 bis 21) Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung	Anlage 3 (zu den §§ 18 bis 21) Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
Abschnitt 1 Psychotherapeutische Leistungen	Abschnitt 1 Psychotherapeutische Leistungen
1. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für: [...]	unverändert
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.	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) <u>Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Familien-, Lebens-, Paar- oder Sexualberatung,</u> c) Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie d) Psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.
Abschnitt 2 Psychosomatische Grundversorgung	Abschnitt 2 Psychosomatische Grundversorgung
1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für: [...]	unverändert
2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, ~~Jacobson'sche Relaxationstherapie~~ , Hypnose) sind nur dann	2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, <u>progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen</u> , 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.	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, <u>d) einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten.</u> Die behandelnde Person muss über Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Intervention verfügen.
Abschnitt 3 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	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~~	<u>1. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:</u> <u>a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,</u> <u>b) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.</u> <u>2. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:</u>

„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.

a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,

b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 4 Absatz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung (abrufbar unter: www.kbv.de) in der jeweils geltenden Fassung erfüllt,

c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

3. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, sowohl von Personen nach Nummer 1 als auch von Personen nach Nummer 2 erbracht werden.

4. 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

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

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.

5. 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. Voraussetzung 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.

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 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. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 18a Absatz 1 oder 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.	
Abschnitt 4 Verhaltenstherapie	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	<u>1. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:</u> <u>a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,</u> <u>b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.</u> <u>2. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:</u> <u>a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,</u> <u>b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern- und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 4 Absatz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllt,</u> <u>c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.</u> <u>3. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, sowohl von Personen nach Nummer 1</u>

e) <u>über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.</u> 4. <u>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 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.</u> <u>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.</u>	<u>als auch von Personen nach Nummer 2 erbracht werden.</u> 4. <u>Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:</u> a) <u>Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,</u> b) <u>Psychiatrie und Psychotherapie,</u> c) <u>Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder</u> d) <u>Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie.</u> <u>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.</u>
	Abschnitt 5 Systemische Therapie
	1. <u>Leistungen der Systemischen Therapie dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:</u> a) <u>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in diesem Verfahren,</u> b) <u>Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren,</u> c) <u>Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4 und einer Zusatzqualifikation für dieses Verfahren, die die Anforderungen des § 4 Absatz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllt.</u>

	<u>2. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:</u> a) <u>Psychiatrie und Psychotherapie,</u> b) <u>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder</u> c) <u>Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ mit erfolgreicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.</u>
Abschnitt 5 Eye-Movement-Desensitization-and-Repression-Behandlung	Abschnitt 6 Eye-Movement-Desensitization-and-Repression-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	<u>1. Leistungen der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:</u> a) <u>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4,</u> b) <u>Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4.</u> 2. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person <u>Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.</u> 3. Wurde die Qualifikation nach Nummer 1 oder 2 bei Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychologischen Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Ausbildung und bei Psychotherapeutinnen

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.	<u>oder Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person</u> a) <u>in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und</u> b) <u>mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitizationand-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.</u> 4. <u>Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person</u> a) <u>die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder 4 erfüllen und</u> b) <u>Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.</u>
Anlage 4 (zu § 22 Absatz 1) Beihilfefähige Medizinprodukte	<u>Anlage 4 (weggefallen)</u>
Anlage 5 (zu § 22 Absatz 2) Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen	<u>Anlage 5 (weggefallen)</u>
Anlage 6 (zu § 22 Absatz 3) Übersicht der Arzneimittelfestbetragsgruppen, für die ein Festbetrag gilt	<u>Anlage 6 (weggefallen)</u>

Anlage 7 (zu § 23 Absatz 1) Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel				Anlage 7 (zu § 23 Absatz 1) Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel																																															
Abschnitt 1 Leistungsverzeichnis				Abschnitt 1 Leistungsverzeichnis																																															
				Vorbemerkungen: 1. Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Wenn im Leistungsverzeichnis ein Richtwert angegeben ist, ist die jeweilige Therapiemaßnahme einschließlich ihrer Vor- und Nachbereitung sowie ihrer Dokumentation innerhalb des durch den Richtwert angegebenen Zeitrahmens durchzuführen. Der Richtwert darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden. 2. Einige Therapiemaßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. Der Zeitrahmen für die Nachruhe beträgt 20 bis 25 Minuten.																																															
<table><tr><td>Nr.</td><td colspan="2">Leistung</td><td>beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro</td></tr><tr><td>-</td><td colspan="2">Bereich Inhalation</td><td>-</td></tr><tr><td>1</td><td colspan="2">Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung</td><td>-</td></tr><tr><td>-</td><td>a)</td><td>als Einzelinhalation</td><td>8,80</td></tr><tr><td>-</td><td>b)</td><td>als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</td><td>4,80</td></tr></table>				Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro	-	Bereich Inhalation		-	1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung		-	-	a)	als Einzelinhalation	8,80	-	b)	als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80	<table><tr><td>Nr.</td><td colspan="2">Leistung</td><td>beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro</td></tr><tr><td></td><td colspan="2">Bereich Inhalation</td><td></td></tr><tr><td>1</td><td colspan="2">Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung</td><td></td></tr><tr><td></td><td>a)</td><td>als Einzelinhalation</td><td>12,10</td></tr><tr><td></td><td>b)</td><td>als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</td><td>4,80</td></tr><tr><td></td><td>c)</td><td>als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher</td><td>7,50</td></tr></table>				Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro		Bereich Inhalation			1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung				a)	als Einzelinhalation	12,10		b)	als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80		c)	als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher	7,50
Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro																																																
-	Bereich Inhalation		-																																																
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung		-																																																
-	a)	als Einzelinhalation	8,80																																																
-	b)	als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80																																																
Nr.	Leistung		beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro																																																
	Bereich Inhalation																																																		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung																																																		
	a)	als Einzelinhalation	12,10																																																
	b)	als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80																																																
	c)	als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher	7,50																																																

-	e)	als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50
-	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.		-
2	Radon-Inhalation		-
-	a)	im Stollen	14,90
-	b)	mittels Hauben	18,20
-	Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		-
3	Physiotherapeutische Befundung, Berichte und Diagnostik		16,50
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten		25,70
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten		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		45,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer		8,20
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer		14,30
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten		71,40
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad		
-	a)	als Einzelbehandlung einschließlich der	31,20
		Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.		
2	Radon-Inhalation		
	a)	im Stollen	14,90
	b)	mittels Hauben	18,20
	Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Befundung, Berichte und Diagnostik		
	a)	physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
	b)	physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	66,10
	c)	physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	35,80
	d)	Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	26,80
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten		29,00
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten		46,00
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage ((KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten		57,40
7	Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen),		13,00

		erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	
-	b)	in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
-	e)	in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten		29,70
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten		19,00
13	Bewegungsübungen		-
-	a)	als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
-	b)	in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,60
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad		-
-	a)	als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
-	b)	in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
-	e)	in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag		108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für		46,20

	Richtwert: 20 bis 30 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer		
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 20 bis 30 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer		16,20
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten		86,80
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad		
	a)	als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	33,10
	b)	in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	23,60
	c)	in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten		34,80
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), als Einzelbeandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten		20,00
13	Bewegungsübungen		
	a)	als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,40
	b)	in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,30
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad		
	a)	als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	32,10
	b)	in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der	23,50

	eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr		
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten		8,80
-	Bereich Massagen		-
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile		-
-	a)	Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20
-	b)	Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)		-
-	a)	Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	25,70
-	b)	Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	38,50
-	c)	Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,30
-	d)	Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	12,40
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten		30,50
-	Bereich Palliativversorgung		-
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten		66,00
-	Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder		-
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe		13,60

		erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	
	c)	in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,90
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag		115,30
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr		54,50
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten		8,80
	Bereich Massagen		
18	Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile		
	a)	Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	21,10
	b)	Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	25,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)		
	a)	Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	35,10
	b)	Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	52,70
	c)	Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	70,20
	d)	Kompressionsbandagierung einer Extremität Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden,	22,40

23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe		-	
-	a)	bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60	
-	b)	bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	-	
-	-	aa)	Teilpackung	36,20
-	-	bb)	Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe		19,70	
25	Kaltpackung (Teilpackung)		-	
-	a)	Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20	
-	b)	Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30	
26	Heublumensack, Peloidkomresse		12,10	
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und anderen, auch mit Zusatz		6,10	
28	Trockenpackung		4,10	
29	a)	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10	
-	b)	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10	
-	c)	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40	
30	a)	an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauße) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20	

		Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	
20	Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten		33,00
	Bereich Palliativversorgung		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten		66,00
	Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
22	Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten		13,60
23	Warmpackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a)	bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,80
	b)	bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Teilpackung	36,20
	c)	bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe		19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)		
	a)	Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
	b)	Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick)	20,30

-	b)	an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		-
-	a)	Teilbad	12,10
-	b)	Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		-
-	a)	Teilbad	43,30
-	b)	Vollbad	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		-
-	a)	Teilbad	37,90
-	b)	Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe		43,30
36	Medizinisches Bad mit Zusatz		-
-	a)	Hand- oder Fußbad	8,80
-	b)	Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
-	c)	Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
-	d)	bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
37	Gashaltiges Bad		-
-	a)	gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
-	b)	gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
-	c)	Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad)	27,70
		ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
26	Heublumensack, Peloidkompressen		12,10
27	Sonstige Packungen (zum Beispiel Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz		6,10
28	Trockenpackung		4,10
29	Guss		
	a)	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b)	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c)	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30	An- oder absteigendes Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a)	an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauße)	16,20
	b)	an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)	26,40
31	Wechselbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a)	Teilbad	12,10
	b)	Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		25,10
33	Naturmoorbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a)	Teilbad	43,30
	b)	Vollbad	54,10
34	Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a)	Teilbad	37,90
	b)	Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe		43,30
36	Medizinische Bäder mit Zusatz		
	a)	Hand- oder Fußbad	8,80

		einschließlich der erforderlichen Nachruhe		b)	Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
-	d)	Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40	c)	Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
-	e)	Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10	d)	bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
38	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 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.		-	37	Gashaltige Bäder	
				a)	gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,10
				b)	gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
				c)	Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
				d)	Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
				e)	Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38				Aufwendungen für andere als die in den Nummern 22 bis 37 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.		
	Bereich Kälte- und Wärmebehandlung		-			
39	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		12,90			
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten		7,50			
41	Ultraschall-Wärmetherapie		11,90			
-	Bereich Elektrotherapie		-			
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen		8,20			
43	Elektrostimulation bei Lähmungen		15,60			
44	Iontophorese		8,20			
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)		14,90			
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		29,00			
-	Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie		-			
47	Stimm-, Sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall		108,00			

	b)	Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
	c)	Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	d)	bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
37	Gashaltige Bäder		
	a)	gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,10
	b)	gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c)	Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d)	Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e)	Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in den Nummern 22 bis 37 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.		
	Bereich Kälte- und Wärmebehandlung		
39	Kältetherapie eines Körperteils oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen und Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten		12,90
40	Wärmetherapie eines Körperteils oder mehrerer Körperteile, Richtwert: 10 bis 20 Minuten		7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten		14,30
	Bereich Elektrotherapie		

48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen		
-	a)	Richtwert: 30 Minuten	41,80
-	b)	Richtwert: 45 Minuten	59,00
-	c)	Richtwert: 60 Minuten	68,90
-	d)	Richtwert: 90 Minuten	103,40
-	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.		-
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer		-
-	a)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	50,40
-	b)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
-	c)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60
-	d)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
-	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.		-
-	Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		-
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall		41,80
51	Einzelbehandlung		-
-	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80
-	b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven	54,80

42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten		8,30
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten		18,30
44	Iontophorese		8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten		14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten		29,00
Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und schlucktherapie			
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig, je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert 60 Minuten		111,20
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert 30 Minuten.		55,60
49	Bericht an die verordnende Person		6,20
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person		111,20
51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen		
a)	Richtwert: 30 Minuten		49,40

		Störungen, Richtwert: 45 Minuten	
-	e)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
-	d)	bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20
-	e)	als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	-
-	-	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	-
-	-	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
-	-	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
		bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
52	Gruppenbehandlung		
-	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00
-	b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
-	c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90
-	d)	bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je	70,20
	b)	Richtwert: 45 Minuten	68,00
	c)	Richtwert: 60 Minuten	86,50
52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer		
	a)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20
	b)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20
	d)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Bereich Ergotherapie			
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall		47,70
54	Einzelbehandlung		
	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	57,00
	b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	76,00
	c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	94,90
55	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall		
	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	151,90
	b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 120 Minuten	182,60
	c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	152,40
56	Parallelbehandlung (2 Personen)		
	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	45,60

		Teilnehmerin-oder Teilnehmer			b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	60,80
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten		46,20		c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	76,00
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer		20,60	57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)		
-	Bereich Podologie				a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	20,00
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen		26,70		b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	26,60
56	Hornhautabtragung an einem Fuß		18,90		c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	46,50
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen		25,10	58	Hirnleistungstraining/Neuropsychol ogisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten		57,00
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß		18,90	59	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten		152,40
59	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße		41,60	60	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung (2 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten		45,60
60	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes		26,70	61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten		26,60
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		194,60	Bereich Podologie			
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen		37,40	62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten		35,20
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation		64,80	63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten		50,60
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht- Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen		74,80	64	Podologische Befundung, je Behandlung		3,50
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen		37,40	65	Erst- und Eingangsbeurteilung		
-	Bereich Ernährungstherapie						
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten		66,00				

67	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	33,00
68	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	11,00
-	Bereich Sonstiges	-
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	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.

a)	Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,90
b)	Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	56,00
c)	Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	22,50
66		
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,90
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	99,10
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	54,30
69	Nachregulierung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	49,70
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	97,70
71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	53,90
72	Indikationsspezifische Kontrolle einer Nagelkorrekturspange auf Sitz- und Passgenauigkeit	17,30
73	Behandlungsabschluss, gegebenfalls einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	26,00
73.1	Nagelspangenbehandlung, zweimal je Behandlungstag Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 67 bis 71 sind daneben nicht beihilfefähig.	55,90
73.2	Aufschlag für besonderen Aufwand bei der Behandlung von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres oder von Personen mit Unguis incarnatus in den Stadien 2 bis 3 (Diagnosegruppe UI2), zweimal je Behandlungstag	16,90

	Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 67 bis 71 sind daneben nicht beihilfefähig.	
	Bereich Ernährungstherapie	
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall	
	a) Richtwert: 30 Minuten	39,90
	b) Richtwert: 60 Minuten	79,70
75	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen sowie Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	65,20
76	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	65,20
77	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung	
	a) Richtwert: 30 Minuten	39,90
	b) Richtwert: 60 Minuten	79,70
78	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	79,70
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung	
	a) Richtwert: 30 Minuten	27,90
	b) Richtwert: 60 Minuten	55,80
	Bereich Sonstiges	
80	Ärztlich verordneter Hausbesuch, einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	27,60
81	Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient, pauschal.	18,00

	82	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Leistungen der nach Nummer 55 Buchstabe a bis c, Nummer 59 oder Nummer 78 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nummern 80 und 81 sind daneben nicht beihilfefähig.	27,60
	83	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40
	84	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	98,60
Abschnitt 2 Erweiterte ambulante Physiotherapie		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 [...], b) Operationen am Skelettsystem bei [...], c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulären Defiziten bei [...], d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband), bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach [...], cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,		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 [...], b) Operationen am Skelettsystem bei [...], c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulären Defiziten bei [...], d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband), bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach [...],	

	cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss, dd) Knorpelschaden am Kniegelenk nach <u>Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage)</u> , e) Amputationen. [...]
Abschnitt 3 Medizinisches Aufbautraining	Abschnitt 3 Medizinisches Aufbautraining, <u>Medizinische Trainingstherapie</u>

Anlage 8 (zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1) Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel	Anlage 8 (zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 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 a) Physiotherapeutin oder Physiotherapeut, b) Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister, c) Krankengymnastin oder Krankengymnast,	unverändert
~~2. Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie~~ a) Logopädin oder Logopäde, ~~b) staatlich anerkannte Sprachtherapeutin oder staatlich anerkannter Sprachtherapeut,~~	<u>2. Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</u> a) Logopädin oder Logopäde, b) <u>Sprachtherapeutin oder Sprachtherapeut,</u>

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,	c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin der Schule Schlaffhorst-Andersen oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen, d) <u>Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,</u> e) klinische Linguistin oder klinischer Linguist, f) klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler, g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch aa) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge, bb) Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte, cc) Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte, dd) Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte, h) Diplompatholinguistin oder Diplompatholinguist,
3. Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) a) Ergotherapeutin oder Ergotherapeut, b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,	3. Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie <u>einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung</u>) a) Ergotherapeutin oder Ergotherapeut, b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Anlage 9 (zu § 25 Absatz 1 und 4)	Anlage 9 (zu § 25 Absatz 1 und 4)
Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke	Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
Abschnitt 1 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.	unverändert
~~1.6 Anatomische Brillenfassung~~	1.6 <u>(frei)</u>
2.13 Blindenstock, -langstock oder -taststock	
	<u>2.14 Blutdruckmessgerät</u>
2.14 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)	2.15 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)
2.15 Blutlanzette	2.16 Blutlanzette
2.16 Blutzuckermessgerät	2.17 Blutzuckermessgerät
2.17 Bracelet	2.18 Bracelet
2.18 Bruchband	2.19 Bruchband

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
3.3 Communicator (Sprachstörungen)	3.3 Communicator (bei Sprech- oder 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	unverändert
	<u>4.1 Defibrillatorweste</u>
<u>4.1</u> 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)	<u>4.2</u> 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)
<u>4.2</u> Delta-Gehrad	<u>4.3</u> Delta-Gehrad
<u>4.3</u> Drehscheibe, Umsetzhilfen	<u>4.4</u> Drehscheibe, Umsetzhilfen
<u>4.4</u> Duschsitz oder -stuhl	<u>4.5</u> Duschsitz oder -stuhl
<u>5.4</u> ~~Elektroscooter~~ bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung	<u>5.4</u> <u>Elektromobil</u> bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung
	<u>6.1</u> Farberkennungsgerät
<u>6.1</u> Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)	<u>6.2</u> Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
6.2 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)	6.3 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
6.3 Fingerling	6.4 Fingerling
6.4 Fingerschiene	6.5 Fingerschiene
6.5 Fixationshilfen	6.6 Fixationshilfen
6.6 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)	6.7 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)
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	7.6 Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung (Continuous Glucose Monitoring - CGM, Flash Glucose Monitoring - FGM) einschließlich Sensoren <u>bei Personen mit einer behandlungsbedürftigen Stoffwechselerkrankung wie einer behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus</u> ; daneben sind Aufwendungen für übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Bluttteststreifen beihilfefähig
7.11 Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz	7.11 Gummihose, <u>oder saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen)</u> bei Blasen- oder Darminkontinenz
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	8.8 Hörgeräte (<u>Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte] und In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte] einschließlich Otoplastik, Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals]</u>),

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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	<u>drahtlose Hörhilfen</u>), 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 <u>Gehörlosigkeit</u> grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten
11.21 Krankenfahrsstuhl und Zubehör	11.21 Krankenfahrsstuhl (<u>auch elektrisch</u>) und Zubehör
19.1 Schede-Rad	unverändert
	<u>19.2 Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist ausgeschlossen)</u>
19.2 Schrägliegebrett	19.3 Schrägliegebrett
19.3 Schutzbrille für Blinde	19.4 Schutzbrille für Blinde
19.4 Schutzhelm für Behinderte	19.5 Schutzhelm für Behinderte
19.5 Schwellstromapparat	19.6 Schwellstromapparat
19.6 Segofix-Bandagensystem	19.7 Segofix-Bandagensystem
19.7 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte	19.8 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
19.8 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht	19.9 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
19.9 Skolioseumkrümmungsbandage	19.10 Skolioseumkrümmungsbandage
19.10 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)	19.11 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
19.11 Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro	19.12 Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro
19.12 Sphinkter-Stimulator	19.13 Sphinkter-Stimulator
19.13 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion	19.14 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
19.14 Spreizfußbandage	19.15 Spreizfußbandage
19.15 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz	19.16 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
19.16 Spritzen	19.17 Spritzen
19.17 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehnenschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)	19.18 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehnenschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)
19.18 Stehübungsgerät	19.19 Stehübungsgerät
19.19 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik	19.20 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
19.20 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter	19.21 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
19.21 Stubbies	19.22 Stubbies
19.22 Stumpfschutzhülle	19.23 Stumpfschutzhülle
19.23 Stumpfstrumpf	19.24 Stumpfstrumpf
19.24 Suspensorium	19.25 Suspensorium
19.25 Symphysengürtel	19.26 Symphysengürtel
20.5 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten	20.5 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten oder Personen mit <u>Hüfttotalendoprothese</u>
21.1 Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht	21.1 Übertragungsanlagen - zur <u>Befriedung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zusätzlich zu einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat oder wenn bei peripherer Normalhörigkeit auf Grund einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung eine pathologische Einschränkung des Sprachverstehens im Störschall besteht.</u>
22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit	22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit (<u>Gehörlosigkeit</u>)
Abschnitt 2 Perrücken	Abschnitt 2 Perrücken
Aufwendungen für ärztlich verordnete Perrücken 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	Aufwendungen für ärztlich verordnete Voll- oder Teilperrücken einschließlich <u>Befestigungselementen wie Klebestreifen und Spangen sowie Materialien zur Befestigung sind bis zu einem Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn vorübergehend oder langfristig</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~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 Zeitraumes die Kopfform geändert hat.~~	<u>großflächiger und massiver Haarverlust wegen einer Krankheit oder im Zusammenhang mit einer Krankheit vorliegt, insbesondere bei:</u> <u>1. Chemotherapie,</u> <u>2. Strahlenbehandlung,</u> <u>3. vorübergehender oder dauerhafter Medikamentengabe,</u> <u>4. Operationen,</u> <u>5. Infekten oder entzündlichen Erkrankungen,</u> <u>6. Stoffwechselerkrankungen,</u> <u>7. psychischen Erkrankungen mit oder durch Haarverlust,</u> <u>8. sonstigen Erkrankungen mit Haarverlust,</u> <u>9. Deformation des Kopfes mit entstellender Wirkung,</u> <u>10. Unfallfolgen.</u> <u>Aufwendungen für eine zweite Voll- oder Teilperücke zum Wechseln sind nur beihilfefähig, wenn eine Voll- oder Teilperücke länger als ein Jahr getragen werden muss. Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke sind beihilfefähig, wenn</u> <u>1. seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Kunststoff ein Jahr vergangen ist,</u> <u>2. seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Echthaar zwei Jahre vergangen sind oder</u> <u>3. sich bei Kindern vor Ablauf der in den Nummern 1 und 2 genannten Zeiträume die Kopfform geändert hat.</u> <u>Bei der Erstverordnung sind auch die Aufwendungen für einen Perückenkopf beihilfefähig.</u>
Abschnitt 3	Abschnitt 3

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Blindenhilfsmittel und Mobilitätstraining	Blindenhilfsmittel und Mobilitätstraining
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-Minutentakt 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	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 à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Unterrichtsstunden <u>85 Euro,</u> bb) Fahrtzeit der Trainerin oder des Trainers je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird <u>68 Euro,</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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.	
	<u>4. Aufwendungen für ärztlich verordnete elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und -ausgabe für Blinde sind beihilfefähig.</u>
Abschnitt 4 Sehhilfen	Abschnitt 4 Sehhilfen
Unterabschnitt 1 Allgemeine Bestimmungen der Beihilfefähigkeit von Sehhilfen	unverändert
Unterabschnitt 2 Brillengläser zur Verbesserung des Visus	Unterabschnitt 2 Brillengläser zur Verbesserung des Visus
1. Aufwendungen für Brillengläser sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig: [...]	unverändert
2. Zusätzlich zu den Aufwendungen nach Nummer 1 sind Mehraufwendungen für Kunststoff-, Leicht- und	unverändert

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Lichtschutzgläser bei den jeweils genannten Indikationen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig: [...]	
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.	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 4, k) Brillenetuis, l) Brillenfassungen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 4.
	Unterabschnitt 3 Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus
<u>1. Aufwendungen für Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus sind beihilfefähig bei:</u> [...]	unverändert
<u>2. Aufwendungen für Kurzzeitlinsen sind je Kalenderjahr nur beihilfefähig</u>	unverändert
~~3. Wenn Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei~~	<u>3. Beihilfefähig sind</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~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.~~	a) <u>bei Vorliegen einer Indikation nach Nummer 1 ungeachtet von Unterabschnitt 1 Nummer 2 zusätzlich Aufwendungen für Brillengläser nach Unterabschnitt 2,</u> b) <u>bei Nichtvorliegen einer Indikation nach Nummer 1 vor, einmalig nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser, im Falle einer Ersatzbeschaffung gelten die Regelungen des Unterabschnittes 1 Nummer 2 Buchstabe a und b.</u>
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~~	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) <u>multifokale Kontaktlinsen oder Mehrstärkenkontaktlinsen,</u> e) Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern, f) <u>orthokeratologische Kontaktlinsen (Nachtlin-sen) zur Korrektur von Fehlsichtigkeit im Schlaf,</u> g) <u>Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.</u>
Unterabschnitt 5 Therapeutische Sehhilfen	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:	unverändert
e) Horizontale Prismen in Gläsern ≥ 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ≥ 3	e) Horizontale Prismen in Gläsern <u>ab</u> 3 Prismendioptrien und Folien mit

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) sowie vertikale Prismen und Folien ≥ 1 Prismendioptrie, bei	prismatischer Wirkung <u>ab</u> 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) sowie vertikale Prismen und Folien <u>ab</u> 1 Prismendioptrie, bei
Anlage 10 (zu § 25 Absatz 1, 2 und 4)	Anlage 10 (zu § 25 Absatz 1, 2 und 4)
Nicht beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle	Nicht beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle
Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die weder notwendig noch der Höhe nach 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:	unverändert
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 9 aufgeführt) 2.3 Basalthermometer 2.4 Bauchgurt	unverändert

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
2.5 Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung, soweit nicht in Anlage 9 aufgeführt 2.6 Bett (soweit nicht in Anlage 9 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~~	2.13 (frei)
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 9 aufgeführt 5.7 Elektro-Luftfilter 5.8 Elektronik-Muscle-Control (EMC 1000) 5.9 Erektionshilfen 5.10 Ergometer	unverändert
5.11 ~~Ess- und Trinkhilfen~~	5.11 (frei)
5.12 - 11.7	unverändert

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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~~	11.8 <u>Krankenunterlagen (saugende Bettschutzeinlagen), es sei denn,</u> <u>a) sie sind zur Sicherung der Behandlung einer Krankheit bei Harn- oder Stuhlinkontinenz erforderlich oder</u> <u>b) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht.</u>
11.9 bis 23.2	unverändert
23.3 ~~WC-Sitz~~	23.3 (frei)
24.1 bis 26.2	unverändert
Anlage 11 (zu § 41 Absatz 1 Satz 3)	Anlage 11 (zu § 41 Absatz 1 Satz 3)
Nach § 41 Absatz 1 Satz 3 beihilfefähige Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen	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. Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen 1.1 Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz 1.2 Früherkennungsuntersuchungen

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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 haben ~~1.2.4 Einmaliges Screening auf Bauchaortenaneurysmen für männliche behilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben~~	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 haben
2. Schutzimpfungen	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~~	2.1 Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME-)Schutzimpfungen ohne Einschränkungen 2.2 Gripeschutzimpfungen ohne Einschränkungen <u>2.3 Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 für Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben</u>
Anlage 12 (zu § 41 Absatz 3)	Anlage 12 (zu § 41 Absatz 3)
Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko	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 sowie~~	<u>Abschnitt 1</u> <u>Universitäre Zentren</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~3. Teilnahme an einem Strukturierten Früherkennungsprogramm~~ ~~zusammen und sind mit den nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in einer in Nummer 4 aufgeführten universitären Zentren durchgeführt werden.~~	
	<u>Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko nach § 41 Absatz 3 sind beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der folgenden im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) zusammengeschlossenen universitären Zentren durchgeführt werden:</u>
	<u>1. Berlin</u> <u>Charité – Universitätszentrum Berlin, Brustzentrum</u> <u>2. Dresden</u> <u>Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden</u> <u>Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</u> <u>3. Düsseldorf</u> <u>Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum</u> <u>4. Erlangen</u> <u>Universitätsklinikum Erlangen</u> <u>Familiäres Brust- und Eierstockkrebszentrum</u> <u>5. Frankfurt</u> <u>Universitätsklinikum Frankfurt</u> <u>Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</u> <u>6. Freiburg</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Freiburg</u> <u>7. Göttingen</u> <u>Universitäts-Medizin Göttingen,</u> <u>Brustzentrum, Gynäkologisches</u> <u>Krebszentrum</u> <u>8. Greifswald</u> <u>Institut für Humangenetik der</u> <u>Universitätsmedizin Greifswald</u> <u>9. Halle (Saale)</u> <u>Universitätsklinikum Halle (Saale), Klinik</u> <u>und Poliklinik für Gynäkologie</u> <u>10. Hamburg</u> <u>Brustzentrum Klinik und Poliklinik für</u> <u>Gynäkologie</u> <u>Universitätsklinikum Hamburg-</u> <u>Eppendorf</u> <u>11. Hannover</u> <u>Institut für Humangenetik, Medizinische</u> <u>Hochschule Hannover</u> <u>12. Heidelberg</u> <u>Institut für Humangenetik der Universität</u> <u>Heidelberg</u> <u>13. Kiel</u> <u>Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe</u> <u>des Universitätsklinikums Schleswig-</u> <u>Holstein</u> <u>14. Köln</u> <u>Zentrum Familiärer Brust- und</u> <u>Eierstockkrebs</u> <u>15. Leipzig</u> <u>Institut für Humangenetik der Universität</u> <u>Leipzig</u> <u>Zentrum für familiären Brust- und</u> <u>Eierstockkrebs</u> <u>16. Lübeck</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</u> <u>Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs</u> <u>17. Mainz</u> <u>Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsmedizin Mainz</u> <u>Institut für Humangenetik und Klinik für Frauengesundheit</u> <u>18. München</u> <u>Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München-Großhadern</u> <u>Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar</u> <u>19. Münster</u> <u>Institut für Humangenetik der Universität Münster</u> <u>20. Regensburg</u> <u>Institut für Humangenetik, Universität Regensburg</u> <u>21. Tübingen</u> <u>Universität Tübingen, Institut für Humangenetik</u> <u>22. Ulm</u> <u>Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm</u> <u>23. Würzburg</u> <u>Institut für Humangenetik der Universität Würzburg.</u>
	<u>Abschnitt 2</u> <u>Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>Beihilfefähig sind Aufwendungen für die Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms in Höhe der nachstehenden Pauschalen:</u> <u>1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung</u> <u>a) 900 Euro pro Familie für eine einmalige Risikofeststellung mit einer Aufklärung sowie einer interdisziplinären Erstberatung, einer Stammbaumerfassung und der Mitteilung des Genbefundes; die Pauschale umfasst auch die Beratung weiterer Familienmitglieder,</u> <u>b) bei Aufklärung zur diagnostischen genetischen Untersuchung durch einen Kooperationspartner der in Abschnitt 1 genannten Zentren</u> <u>aa) 400 Euro, sofern keine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum mehr erfolgt, oder</u> <u>bb) 600 Euro, sofern noch eine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum erfolgt,</u> <u>c) 113 Euro einmalig für ein Entscheidungsscoaching für BRCA1/2-Mutationsträgerinnen durch spezialisiert Pflegenden.</u>
	<u>2. Genetische Untersuchung</u> <u>a) 3 500 Euro für eine genetische Untersuchung bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall); die genetische Analyse wird bei den Indexfällen durchgeführt; dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Person zugerechnet werden,</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	b) <u>250 Euro für einen prädiktiven Gentest; ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexperson mehr ableiten lassen, die genetische Analyse also keinen diagnostischen Charakter hat; eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche oder elektronische ärztliche Stellungnahme zu attestieren; die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden genetischen Analyse der Indexperson werden der gesunden ratsuchenden Person zugerechnet,</u> c) <u>sofern ratsuchende Personen bis zum Jahr 2015 getestet wurden,</u> aa) <u>2 600 Euro bei einer erneuten Genpanel-Untersuchung zur Komplettierung der Indextestung oder</u> bb) <u>920 Euro für eine bioinformatische Auswertung bei Vorliegen von Daten aus einer Komplementärdiagnostik.</u> <u>Aufwendungen nach Buchstabe a bis c sind nicht nebeneinander beihilfe-fähig.</u>
	<u>3. Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen</u> a) <u>672,80 Euro jährlich für intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen</u> b) <u>einmalig 672,80 Euro, sofern wegen des Wegfalls des erhöhten Risikos bei Nicht-erkrankten die intensivierte Früherkennung beendet wird und im entsprechenden Kalenderjahr noch keine Pauschale nach Buchstabe a erstattet wurde.</u>
Anlage 12a	Anlage 13 (zu § 41 Absatz 4)

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
(zu § 41 Absatz 4) Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko	<u>Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko</u>
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 sowie 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.	<u>Abschnitt 1</u> <u>Universitäre Zentren</u>
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.	Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko nach § 41 Absatz 4 sind beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der folgenden im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs (Hereditäres Nicht-Polypöses Colorektales Carcinom - HNPCC) zusammen-geschlossenen universitären Zentren durchgeführt werden:
2. Tumorgewebsdiagnostik	1. Berlin

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~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.~~	<u>Gastroenterologie, Rheumatologie und Infektiologie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin</u> <u>Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte</u> <u>2. Bochum</u> <u>Medizinische Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum,</u> <u>Knappschafts Krankenhaus</u> <u>3. Bonn</u> <u>Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Bonn,</u> <u>Biomedizinisches Zentrum</u> <u>4. Dresden</u> <u>Institut für Klinische Genetik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, Abteilung Chirurgische Forschung</u> <u>5. Düsseldorf</u> <u>Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Düsseldorf</u> <u>6. Halle (Saale)</u> <u>Universitätsklinikum Halle (Saale)</u> <u>7. Hamburg</u> <u>II. Medizinische Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg</u> <u>8. Hannover</u> <u>Institut für Humangenetik der Medizinischen Hochschule Hannover</u> <u>9. Heidelberg</u> <u>Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg,</u> <u>Abteilung für Angewandte Tumorbilogie</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>10. Leipzig</u> <u>Klinik und Poliklinik für Onkologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Pneumologie und Infektiologie des Universitätsklinikums Leipzig</u> <u>11. Lübeck</u> <u>Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck</u> <u>12. Magdeburg</u> <u>Medizinische Fakultät der Universitätsklinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg</u> <u>13. München</u> <u>Medizinische Klinik und Poliklinik IV der Ludwig-Maximilians-Universität München, Campus Innenstadt</u> <u>Medizinisch-Genetisches Zentrum</u> <u>14. Münster</u> <u>Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Münster</u> <u>15. Tübingen</u> <u>Institut für Medizinische Genetik und angewandte Genomik des Universitätsklinikums Tübingen</u> <u>16. Ulm</u> <u>Klinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Ulm.</u>
~~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~~	<u>Abschnitt 2</u> <u>Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
~~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 Knappschafts Krankenhaus, 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 Hannover Medizinische Hochschule f) Heidelberg Abteilung für Angewandte Tumorbiologie, Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg g) Köln Universitätsklinikum Köln	<u>Beihilfefähig sind Aufwendungen für folgende Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms in Höhe der nachstehenden Pauschalen:</u> <u>1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung</u> a) <u>einmalig 600 Euro für die erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung unter der Voraussetzung, dass die revidierten Bethesda-Kriterien in der Familie der ratsuchenden Person erfüllt sind,</u> b) <u>300 Euro für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom bekannt ist.</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
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	
	<u>2. Tumorgewebsdiagnostik</u> <u>500 Euro für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe; ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen</u>

Alte Fassung LBhVO	Neue Fassung LBhVO
	<u>für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig.</u>
	<u>3. Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)</u> a) <u>3500 Euro für eine genetische Analyse zur Mutationssuche auf eine bis dahin in der Familie nicht identifizierte Keimbahnmutation bei einer an Darmkrebs erkrankten Person (Indexfall) oder bei Vorliegen der Voraussetzungen bei einer ratsuchenden Person (Verdachtsfall), wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen.</u> b) <u>350 Euro für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation.</u>
	<u>4. Früherkennungsmaßnahmen</u> <u>540 Euro für eine jährliche endoskopische Untersuchung des Magendarmtraktes einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien unter den Voraussetzungen, dass ein Lynch- oder ein Polyposis-Syndrom vorliegt</u>
Anlage 13 (zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4) Heilbäder- und Kurortverzeichnis	<u>weggefallen</u>

II. Wortlaut der zitierten Rechtsvorschriften

1. Auszug aus dem Beamtenstatusgesetz

Vom 17.06.2008 (BGBl. I S. 1010), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes zur Beschleunigung von Disziplinarverfahren in der Bundesverwaltung und zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 20.12.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 389)

§ 45

Fürsorge

Der Dienstherr hat im Rahmen des Dienst- und Treueverhältnisses für das Wohl der Beamtinnen und Beamten und ihrer Familien, auch für die Zeit nach Beendigung des Beamtenverhältnisses, zu sorgen. Er schützt die Beamtinnen und Beamten bei ihrer amtlichen Tätigkeit und in ihrer Stellung.

2. Auszug aus dem Landesbeamtengesetz

Vom 19.03.2009 (GVBl. S 70), zuletzt geändert durch Gesetz vom 09.02.2023 (GVBl. Nr. 5 vom 22.02.2023, S. 30).

§ 76

Beihilfen

(1) Beihilfe als ergänzende Fürsorgeleistung erhalten:

1. Beamtinnen und Beamte, die Anspruch auf Besoldung haben oder Elternzeit in Anspruch nehmen,
2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die Anspruch auf Versorgungsbezüge haben,
3. frühere Beamtinnen und frühere Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind, während des Bezugs von Unterhaltsbeiträgen nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz.

Satz 1 gilt auch, wenn Bezüge wegen der Anwendung von Ruhens- und/oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden. Für Aufwendungen der Ehegattin oder des Ehegatten oder der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners der oder des Beihilfeberechtigten, die kein zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit führendes Einkommen haben, und der im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz in der Überleitungsfassung für Berlin berücksichtigungsfähigen Kinder wird ebenfalls Beihilfe gewährt. Satz 3 gilt nicht für Fälle des § 23 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes.

(2) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen

1. in Krankheits- und Pflegefällen,
2. zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten oder Behinderungen,
3. in Geburtsfällen, zur Empfängnisverhütung, bei künstlicher Befruchtung sowie in Ausnahmefällen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch und
4. zur Früherkennung von Krankheiten und zu Schutzimpfungen.

(3) Die Beihilfe bemisst sich nach einem Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

1. Beamtinnen und Beamte und entpflichtete Hochschullehrerinnen und entpflichtete Hochschullehrer 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfängern von Versorgungsbezügen, die als solche beihilfeberechtigt sind, 70 Prozent,
3. die berücksichtigungsfähige Ehegattin oder den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner 70 Prozent,
4. ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, 80 Prozent,
5. die Mutter eines nicht ehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Aufwendungen bei der Geburt 70 Prozent.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 70 Prozent;

bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 Prozent.

Die Beihilfe kann in Pflegefällen in Form einer Pauschale gewährt werden, deren Höhe sich am tatsächlichen Versorgungsaufwand orientiert. Beihilfe darf nur gewährt werden, soweit sie zusammen mit von dritter Seite zustehenden Erstattungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreitet. Zustehende Leistungen zu Aufwendungen nach Absatz 2 sind von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

von Beihilfeberechtigten, denen Leistungen nach § 70 Absatz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin zustehen.

(4) Aufwendungen für bei stationärer Krankenhausbehandlung erbrachte Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmerzuschlag) sind nicht beihilfefähig.

(5) Auf Antrag wird anstelle der Beihilfe zu den Aufwendungen nach Absatz 2, die nach Absatz 3 zu bemessen ist, eine pauschale Beihilfe gewährt, wenn die nach Absatz 1 Satz 1 oder 2 beihilfeberechtigte Person freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder mindestens in entsprechendem Umfang in einer privaten Krankenversicherung versichert ist und ihren Verzicht auf die Beihilfe zu den Aufwendungen nach Absatz 2 erklärt. Der Anspruch auf die Beihilfe zu den Aufwendungen, für die eine Leistungspflicht der sozialen oder privaten Pflegeversicherung besteht, sowie der Anspruch auf die Beihilfe zur Milderung einer besonderen Härte bleiben unbeschadet eines Verzichts nach Satz 1 bestehen. Der beihilfeberechtigten Person wird auch für die unter den Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 3 und 4 berücksichtigungsfähigen Personen eine Pauschale gewährt. Die Pauschale bemisst sich jeweils nach der Hälfte des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrags, bei privater Krankenversicherung höchstens nach dem hälftigen Beitrag einer Krankenversicherung im Basistarif. Beiträge eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung oder ein Anspruch auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses sind auf die Pauschale anzurechnen. Der Antrag auf Gewährung der pauschalen Beihilfe und der Verzicht auf die Beihilfe zu den Aufwendungen nach Absatz 2 sind unwiderruflich und in Schriftform nach § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bei dem Landesverwaltungsamt einzureichen. Änderungen der Höhe des an die Krankenversicherung zu entrichtenden Beitrags und eventuelle Beitragsrückerstattungen der Versicherungen sind durch die beihilfeberechtigte Person unverzüglich dem Landesverwaltungsamt mitzuteilen. Die Pauschale wird vom Landesverwaltungsamt berechnet und ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Antragstellung folgt, festgesetzt und von der Dienstbehörde zahlbar gemacht. Beitragsrückerstattungen der Versicherungen sind im Verhältnis der gewährten Pauschale zum Versicherungsbeitrag der Dienstbehörde von der beihilfeberechtigten Person unverzüglich zu erstatten. Bei einem Wechsel aus der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Versicherungsverhältnis in der privaten Krankenversicherung oder umgekehrt oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs wird die Pauschale höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.

(6) Der Senat kann durch Rechtsverordnung die Einzelheiten der Beihilfegewährung nach Absatz 1 bis 4 regeln. Insbesondere kann er die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten nach § 76 Absatz 3 Satz 3 zweiter Halbsatz, Höchstbeträge, Belastungsgrenzen und den völligen oder teilweisen Ausschluss von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch festlegen. Im Falle der Beihilfegewährung nach Absatz 5 sind die §§ 2 bis 5, § 6 Absatz 5, § 8 Absatz 1 Nummer 1, §

10, § 48 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, § 51 Absatz 5 Satz 1 und Absatz 8 Satz 2 sowie § 55 der Landesbeihilfeverordnung entsprechend anzuwenden.

§ 108

Übergangsvorschrift zum Haushaltsstrukturgesetz 1998

Für am 1. April 1998 vorhandene

1. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger,
2. Schwerbehinderte und
3. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben,

bleiben Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung nach den bis zum 31. März 1998 geltenden Beihilfevorschriften beihilfefähig. Für beihilfeberechtigte Angehörige gilt Satz 1 entsprechend.

3. Auszug aus dem Landesbeamtenversorgungsgesetz

Vom 21.06.2011 (GVBl. S. 266), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 10.02.2023 (GVBl. S. 66)

§ 2

Arten der Versorgung

(1) Versorgungsbezüge sind

1. Ruhegehalt oder Unterhaltsbeitrag,
2. Hinterbliebenenversorgung,
3. Bezüge bei Verschollenheit,
4. Unfallfürsorge,
5. Übergangsgeld,
6. Ausgleich bei besonderen Altersgrenzen,
7. Erhöhungsbetrag nach § 14 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1,
8. Unterschiedsbetrag nach § 50 Abs. 1 Satz 2,
9. Leistungen nach den §§ 50a bis 50e,
10. Ausgleichsbetrag nach § 50 Abs. 3,
11. Anpassungszuschlag nach § 69b Abs. 2 Satz 5.

(2) Zur Versorgung gehört ferner die jährliche Sonderzahlung nach dem Sonderzahlungsgesetz.

§ 3

Regelung durch Gesetz

(1) Die Versorgung der Beamten und ihrer Hinterbliebenen wird durch Gesetz geregelt.

(2) Zusicherungen, Vereinbarungen und Vergleiche, die dem Beamten eine höhere als die ihm gesetzlich zustehende Versorgung verschaffen sollen, sind unwirksam. Das gleiche gilt für Versicherungsverträge, die zu diesem Zweck abgeschlossen werden.

(3) Auf die gesetzlich zustehende Versorgung kann weder ganz noch teilweise verzichtet werden.

§ 18 Sterbegeld

(1) Beim Tode eines Beamten mit Dienstbezügen oder eines Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst erhalten der überlebende Ehegatte und die Abkömmlinge des Beamten Sterbegeld. Das Sterbegeld ist in Höhe des Zweifachen der Dienstbezüge oder der Anwärterbezüge des Verstorbenen ausschließlich der Auslandskinderzuschläge und der Vergütungen in einer Summe zu zahlen; § 5 Abs. 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend beim Tode eines Ruhestandsbeamten oder eines entlassenen Beamten, der im Sterbemonat einen Unterhaltsbeitrag erhalten hat; an die Stelle der Dienstbezüge tritt das Ruhegehalt oder der Unterhaltsbeitrag zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1.

(2) Sind Anspruchsberechtigte im Sinne des Absatzes 1 nicht vorhanden, so ist Sterbegeld auf Antrag zu gewähren

1. Verwandten der aufsteigenden Linie, Geschwistern, Geschwisterkindern sowie Stiefkindern, wenn sie zur Zeit des Todes des Beamten mit diesem in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder wenn der Verstorbene ganz oder überwiegend ihr Ernährer gewesen ist,

2. sonstigen Personen, die die Kosten der letzten Krankheit oder der Bestattung getragen haben, bis zur Höhe ihrer Aufwendungen, höchstens jedoch in Höhe des Sterbegeldes nach Absatz 1 Satz 2 und 3.

(3) Stirbt eine Witwe oder eine frühere Ehefrau eines Beamten, der im Zeitpunkt des Todes Witwengeld oder ein Unterhaltsbeitrag zustand, so erhalten die in Absatz 1 genannten Kinder Sterbegeld, wenn sie berechtigt sind, Waisengeld oder einen Unterhaltsbeitrag zu beziehen und wenn sie zur Zeit des Todes zur häuslichen Gemeinschaft der Verstorbenen gehört haben. Absatz 1 Satz 2 erster Halbsatz gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß an die Stelle der Dienstbezüge das Witwengeld oder der Unterhaltsbeitrag tritt.

(4) Sind mehrere gleichberechtigte Personen vorhanden, so ist für die Bestimmung des Zahlungsempfängers die Reihenfolge der Aufzählung in den Absätzen 1 und 2 maßgebend; bei Vorliegen eines wichtigen Grundes kann von dieser Reihenfolge abgewichen oder das Sterbegeld aufgeteilt werden.

§ 22

Unterhaltsbeitrag für nicht witwengeldberechtigte Witwen und frühere Ehefrauen

(1) In den Fällen des § 19 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 ist, sofern die besonderen Umstände des Falles keine volle oder teilweise Versagung rechtfertigen, ein Unterhaltsbeitrag in Höhe des Witwengeldes zu gewähren. Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen sind in angemessenem Umfang anzurechnen. Wird ein Erwerbsersatzeinkommen nicht beantragt oder wird auf ein Erwerbs- oder Erwerbsersatzeinkommen verzichtet oder wird an deren Stelle eine Kapitalleistung, Abfindung oder Beitragserstattung gezahlt, ist der Betrag zu berücksichtigen, der ansonsten zu zahlen wäre.

(2) Der geschiedenen Ehefrau eines verstorbenen Beamten oder Ruhestandsbeamten, die im Falle des Fortbestehens der Ehe Witwengeld erhalten hätte, ist auf Antrag ein Unterhaltsbeitrag insoweit zu gewähren, als sie im Zeitpunkt des Todes des Beamten oder Ruhestandsbeamten gegen diesen einen Anspruch auf schuldrechtlichen Versorgungsausgleich nach § 1587 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit § 20 des Versorgungsausgleichsgesetzes vom 3. April 2009 (BGBl. I S. 700), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Mai 2021 (BGBl. I S. 1085) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung wegen einer Anwartschaft oder eines Anspruchs nach Buch 4 Abschnitt 1 Titel 7 Untertitel 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs hatte. Der Unterhaltsbeitrag wird jedoch nur gewährt,

1. solange die geschiedene Ehefrau erwerbsgemindert im Sinne des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch ist oder mindestens ein waisengeldberechtigtes Kind erzieht oder
2. wenn sie das sechzigste Lebensjahr vollendet hat.

Der Erziehung eines waisengeldberechtigten Kindes steht die Sorge für ein waisengeldberechtigtes Kind mit körperlichen oder geistigen Gebrechen gleich. Der nach Satz 1 festgestellte Betrag ist in einem Vomhundertsatz des Witwengeldes festzusetzen; der Unterhaltsbeitrag darf fünf Sechstel des entsprechend § 57 gekürzten Witwengeldes nicht übersteigen. § 21 gilt entsprechend.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend für die frühere Ehefrau eines verstorbenen Beamten oder Ruhestandsbeamten, deren Ehe mit diesem aufgehoben oder für nichtig erklärt war.

§ 26

Unterhaltsbeitrag für Hinterbliebene von Beamten auf Lebenszeit und auf Probe

(1) Der Witwe, der geschiedenen Ehefrau (§ 22 Abs. 2, 3) und den Kindern eines Beamten, dem nach § 15 ein Unterhaltsbeitrag bewilligt worden ist oder hätte bewilligt werden können, kann die in den §§ 19, 20 und 22 bis 25 vorgesehene Versorgung bis zu der dort bezeichneten Höhe als Unterhaltsbeitrag bewilligt werden.

(2) § 21 gilt entsprechend.

§ 35 Unfallausgleich

(1) Ist der Verletzte infolge des Dienstunfalles in seiner Erwerbsfähigkeit länger als sechs Monate wesentlich beschränkt, so erhält er, solange dieser Zustand andauert, neben den Dienstbezügen, den Anwärterbezügen oder dem Ruhegehalt einen Unfallausgleich. Dieser wird in Höhe der Grundrente nach § 31 Abs. 1 bis 4 des Bundesversorgungsgesetzes gewährt.

(2) Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist nach der körperlichen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen. Hat bei Eintritt des Dienstunfalles eine abschätzbare Minderung der Erwerbsfähigkeit bereits bestanden, so ist für die Berechnung des Unfallausgleichs von der individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten, die unmittelbar vor dem Eintritt des Dienstunfalles bestand, auszugehen und zu ermitteln, welcher Teil dieser individuellen Erwerbsfähigkeit durch den Dienstunfall gemindert wurde. Beruht die frühere Erwerbsminderung auf einem Dienstunfall, so kann ein einheitlicher Unfallausgleich festgesetzt werden. Für äußere Körperschäden können Mindestvomhundertsätze festgesetzt werden.

(3) Der Unfallausgleich wird neu festgestellt, wenn in den Verhältnissen, die für die Feststellung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Zu diesem Zweck ist der Beamte verpflichtet, sich auf Anordnung der obersten Dienstbehörde durch einen von ihr bestimmten Arzt untersuchen zu lassen; die oberste Dienstbehörde kann diese Befugnis auf andere Stellen übertragen.

(4) Der Unfallausgleich wird auch während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge gewährt.

§ 43 Einmalige Unfallentschädigung und einmalige Entschädigung

(1) Ein Beamter, der einen Dienstunfall der in § 37 bezeichneten Art erleidet, erhält neben einer beamtenrechtlichen Versorgung bei Beendigung des Dienstverhältnisses eine einmalige Unfallentschädigung, wenn er nach Feststellung der obersten Dienstbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle infolge des Unfalls in diesem Zeitpunkt in seiner Erwerbsfähigkeit um wenigstens 50 vom Hundert beeinträchtigt ist. Die Höhe der einmaligen Unfallentschädigung hängt vom Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit ab und beträgt bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von

1. mindestens	50 vom Hundert: 80 000 Euro;
2. mindestens	60 vom Hundert: 90 000 Euro;
3. mindestens	70 vom Hundert: 100 000 Euro;
4. mindestens	80 vom Hundert: 110 000 Euro;
5. mindestens	90 vom Hundert: 120 000 Euro;
6.	100 vom Hundert: 130 000 Euro.

(2) Ist ein Beamter an den Folgen eines Dienstunfalles der in § 37 bezeichneten Art verstorben, wird seinen Hinterbliebenen eine einmalige Unfallentschädigung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen gewährt:

1. Die Witwe sowie die versorgungsberechtigten Kinder erhalten eine Entschädigung in Höhe von insgesamt 60.000 Euro.

2. Sind Anspruchsberechtigte im Sinne der Nummer 1 nicht vorhanden, so erhalten die Eltern und die in Nummer 1 bezeichneten, nicht versorgungsberechtigten Kinder eine Entschädigung in Höhe von insgesamt 20.000 Euro.

3. Sind Anspruchsberechtigte im Sinne der Nummern 1 und 2 nicht vorhanden, so erhalten die Großeltern und Enkel eine Entschädigung in Höhe von insgesamt 10.000 Euro.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beamter, der

1. als Angehöriger des besonders gefährdeten fliegenden Personals während des Flugdienstes,

2. als Helm- oder Schwimmtaucher während des besonders gefährlichen Tauchdienstes,

3. im Bergrettungsdienst während des Einsatzes und der Ausbildung oder

4. als Angehöriger des besonders gefährdeten Munitionsuntersuchungspersonals während des dienstlichen Umgangs mit Munition oder

5. als Angehöriger eines Verbandes der Polizei für besondere polizeiliche Einsätze bei einer besonders gefährlichen Diensthandlung im Einsatz oder in der Ausbildung dazu oder

6. im Einsatz beim Ein- oder Aushängen von Außenlasten bei einem Drehflügelflugzeug

einen Unfall erleidet, der nur auf die eigentümlichen Verhältnisse des Dienstes nach den Nummern 1 bis 6 zurückzuführen ist. Der Senat von Berlin bestimmt durch Rechtsverordnung den Personenkreis des Satzes 1 und die zum Dienst im Sinne des Satzes 1 gehörenden dienstlichen Verrichtungen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für andere Angehörige des öffentlichen Dienstes, zu deren Dienstobliegenheiten Tätigkeiten der in Satz 1 Nr. 1 bis 6 bezeichneten Art gehören.

(4) (weggefallen)

(5) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn ein Beamter oder ein anderer Angehöriger des öffentlichen Dienstes einen Einsatzunfall oder ein diesem gleichstehendes Ereignis im Sinne des § 31a erleidet.

(6) Die Hinterbliebenen erhalten eine einmalige Entschädigung nach Maßgabe des Absatzes 2, wenn ein Beamter oder ein anderer Angehöriger des öffentlichen Dienstes an den Folgen eines Einsatzunfalls oder eines diesem gleichstehenden Ereignisses im Sinne des § 31a verstorben ist.

(7) Für die einmalige Entschädigung nach den Absätzen 5 und 6 gelten § 31 Abs. 5 und § 31a Abs. 4 entsprechend. Besteht auf Grund derselben Ursache Anspruch sowohl auf eine einmalige Unfallentschädigung nach den Absätzen 1 bis 3 als auch auf eine einmalige Entschädigung nach Absatz 5 oder 6, wird nur die einmalige Entschädigung gewährt.

§ 47

Übergangsgeld

(1) Ein Beamter mit Dienstbezügen, der nicht auf eigenen Antrag entlassen wird, erhält als Übergangsgeld nach vollendeter einjähriger Beschäftigungszeit das Einfache und bei längerer Beschäftigungszeit für jedes weitere volle Jahr ihrer Dauer die Hälfte, insgesamt höchstens das Sechsfache der Dienstbezüge (§ 1 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin) des letzten Monats. § 5 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Das Übergangsgeld wird auch dann gewährt, wenn der Beamte im Zeitpunkt der Entlassung ohne Dienstbezüge beurlaubt war. Maßgebend sind die Dienstbezüge, die der Beamte im Zeitpunkt der Entlassung erhalten hätte.

(2) Als Beschäftigungszeit gilt die Zeit ununterbrochener hauptberuflicher entgeltlicher Tätigkeit im Dienste desselben Dienstherrn oder der Verwaltung, deren Aufgaben der Dienstherr übernommen hat, sowie im Falle der Versetzung die entsprechende Zeit im Dienste des früheren Dienstherrn; die vor einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge liegende Beschäftigungszeit wird mit berücksichtigt. Zeiten mit einer Ermäßigung der regelmäßigen Arbeitszeit sind nur zu dem Teil anzurechnen, der dem Verhältnis der ermäßigten zur regelmäßigen Arbeitszeit entspricht.

(3) Das Übergangsgeld wird nicht gewährt, wenn

1. der Beamte wegen eines Verhaltens im Sinne der §§ 22, 23 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 des Beamtenstatusgesetzes entlassen wird oder

2. ein Unterhaltsbeitrag nach § 15 bewilligt wird oder

3. die Beschäftigungszeit als ruhegehaltfähige Dienstzeit angerechnet wird oder

4. der Beamte mit der Berufung in ein Richterverhältnis oder mit der Ernennung zum Beamten auf Zeit entlassen wird.

(4) Das Übergangsgeld wird in Monatsbeträgen für die der Entlassung folgende Zeit wie die Dienstbezüge gezahlt. Es ist längstens bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem der Beamte

die für sein Beamtenverhältnis bestimmte gesetzliche Altersgrenze erreicht hat. Beim Tode des Empfängers ist der noch nicht ausgezahlte Betrag den Hinterbliebenen in einer Summe zu zahlen.

(5) Bezieht der entlassene Beamte Erwerbs- oder Erwerb ersatzeinkommen im Sinne des § 53 Abs. 7, verringert sich das Übergangsgeld um den Betrag dieser Einkünfte.

§ 50

Familienzuschlag, Ausgleichsbetrag, jährliche Sonderzahlung

(1) Auf den Familienzuschlag (§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2) finden die für die Beamten geltenden Vorschriften des Besoldungsrechts Anwendung. Der Unterschiedsbetrag zwischen der Stufe 1 und der nach dem Besoldungsrecht in Betracht kommenden Stufe des Familienzuschlags wird neben dem Ruhegehalt gezahlt. Er wird unter Berücksichtigung der nach den Verhältnissen des Beamten oder Ruhestandsbeamten für die Stufen des Familienzuschlags in Betracht kommenden Kinder neben dem Witwengeld gezahlt, soweit die Witwe Anspruch auf Kindergeld für diese Kinder hat oder ohne Berücksichtigung der §§ 64, 65 des Einkommensteuergesetzes oder der §§ 3, 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würde; soweit hiernach ein Anspruch auf den Unterschiedsbetrag nicht besteht, wird er neben dem Waisengeld gezahlt, wenn die Waise bei den Stufen des Familienzuschlags zu berücksichtigen ist oder zu berücksichtigen wäre, wenn der Beamte oder Ruhestandsbeamte noch lebte. Sind mehrere Anspruchsberechtigte vorhanden, wird der Unterschiedsbetrag auf die Anspruchsberechtigten nach der Zahl der auf sie entfallenden Kinder zu gleichen Teilen aufgeteilt.

(2) (weggefallen)

(3) Neben dem Waisengeld wird ein Ausgleichsbetrag gezahlt, der dem Betrag für das erste Kind nach § 66 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes entspricht, wenn in der Person der Waise die Voraussetzungen des § 32 Abs. 1 bis 5 des Einkommensteuergesetzes erfüllt sind, Ausschlußgründe nach § 65 des Einkommensteuergesetzes nicht vorliegen, keine Person vorhanden ist, die nach § 62 des Einkommensteuergesetzes oder nach § 1 des Bundeskindergeldgesetzes anspruchsberechtigt ist, und die Waise keinen Anspruch auf Kindergeld nach § 1 Abs. 2 des Bundeskindergeldgesetzes hat. Der Ausgleichsbetrag gilt für die Anwendung der §§ 53 und 54 nicht als Versorgungsbezug. Im Falle des § 54 wird er nur zu den neuen Versorgungsbezügen gezahlt.

(4) Bei der Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften ist die jährliche Sonderzahlung nach dem Sonderzahlungsgesetz und eine entsprechende Leistung, die der Versorgungsberechtigte aus einer Erwerbstätigkeit oder zu seinen früheren Versorgungsbezügen erhält, entsprechend der gesetzlich bestimmten Zahlungsweise zu berücksichtigen. Die bei der Anwendung von Ruhensvorschriften maßgebenden Höchstgrenzen erhöhen sich um den Betrag der jährlichen Sonderzahlung und den Sonderbetrag nach § 6 des Sonderzahlungsgesetzes.

§ 53

Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Erwerbs- und Erwerbsersatzeinkommen

(1) Bezieht ein Versorgungsberechtigter Erwerbs- oder Erwerbsersatzeinkommen (Absatz 7), erhält er daneben seine Versorgungsbezüge nur bis zum Erreichen der in Absatz 2 bezeichneten Höchstgrenze.

(2) Als Höchstgrenze gelten

1. für Ruhestandsbeamte und Witwen die ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das Ruhegehalt berechnet, mindestens ein Betrag in Höhe des Eineinhalbfachen der jeweils ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe A 5, zuzüglich des jeweils zustehenden Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1,

2. für Waisen vierzig vom Hundert des Betrages, der sich nach Nummer 1 unter Berücksichtigung des ihnen zustehenden Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 ergibt,

3. für Ruhestandsbeamte, die wegen Dienstunfähigkeit, die nicht auf einem Dienstunfall beruht, oder nach § 39 Absatz 3 Nummer 1 des Landesbeamtengesetzes in den Ruhestand versetzt worden sind, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Regelaltersgrenze nach § 38 Absatz 1 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes erreicht wird, 71,75 vom Hundert der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das Ruhegehalt berechnet, mindestens ein Betrag in Höhe von 71,75 vom Hundert des Eineinhalbfachen der jeweils ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe A 5, zuzüglich des jeweils zustehenden Unterschiedsbetrages nach § 50 Absatz 1 sowie eines Betrages von monatlich 525 Euro.

Abweichend von Satz 1 Nummer 1 gilt bei Ruhestandsbeamten, deren Eintritt in den Ruhestand um die nach § 38 Absatz 2 des Landesbeamtengesetzes höchstens zulässige Frist hinausgeschoben wurde, für Einkommen, das aus einer Tätigkeit in der Berliner Verwaltung (§ 2 Absatz 1 des Allgemeinen Zuständigkeitsgesetzes) oder einer landesunmittelbaren Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts (§ 28 Absatz 1 des Allgemeinen Zuständigkeitsgesetzes) erzielt wird, eine Höchstgrenze von 120 vom Hundert der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das Ruhegehalt berechnet, mindestens ein Betrag in Höhe des Eineinhalbfachen der jeweils ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe A 5, zuzüglich des jeweils zustehenden Unterschiedsbetrages nach § 50 Absatz 1. Satz 2 gilt für Ruhestandsbeamte, die am 30. Juni 2018 Einkünfte aus einer in Satz 2 genannten Tätigkeit beziehen, entsprechend für die ununterbrochene Dauer der Tätigkeit.

(3) (aufgehoben)

(4) (weggefallen)

(5) Dem Versorgungsberechtigten ist mindestens ein Betrag in Höhe von 20 vom Hundert seines jeweiligen Versorgungsbezuges (§ 2) zu belassen. Satz 1 gilt nicht beim Bezug von Verwendungseinkommen, das mindestens aus derselben Besoldungsgruppe oder einer vergleichbaren Entgeltgruppe berechnet wird, aus der sich auch die ruhegehaltfähigen Dienstbezüge bestimmen. Für sonstiges in der Höhe vergleichbares Verwendungseinkommen gelten Satz 2 und Absatz 7 Satz 4 entsprechend.

(6) Bei der Ruhensberechnung für einen früheren Beamten oder früheren Ruhestandsbeamten, der Anspruch auf Versorgung nach § 38 hat, ist mindestens ein Betrag als Versorgung zu belassen, der unter Berücksichtigung seiner Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge des Dienstunfalles dem Unfallausgleich entspricht. Dies gilt nicht, wenn wegen desselben Unfalls Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz zusteht.

(7) Erwerbseinkommen sind Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit einschließlich Abfindungen, aus selbständiger Arbeit sowie aus Gewerbebetrieb und aus Land- und Forstwirtschaft. Nicht als Erwerbseinkommen gelten Aufwandsentschädigungen, ein Unfallausgleich (§ 35) sowie Einkünfte aus Tätigkeiten, die nach Art und Umfang Nebentätigkeiten im Sinne des § 63 Absatz 1 Nummer 2 des Landesbeamtengesetzes entsprechen. Erwerbsersatzeinkommen sind Leistungen, die auf Grund oder in entsprechender Anwendung öffentlich-rechtlicher Vorschriften kurzfristig erbracht werden, um Erwerbseinkommen zu ersetzen (§ 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch). Erwerbs- und Erwerbsersatzeinkommen werden in den Monaten des Zusammentreffens mit Versorgungsbezügen mit einem Zwölftel des im Kalenderjahr erzielten Einkommens angerechnet.

(8) Nach Ablauf des Monats, in dem der Versorgungsberechtigte die Regelaltersgrenze nach § 38 Absatz 1 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes erreicht, gelten die Absätze 1 bis 7 nur für Erwerbseinkommen aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst (Verwendungseinkommen). Eine Verwendung im öffentlichen Dienst ist jede Beschäftigung im Dienst von Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts oder ihrer Verbände mit Ausnahme der Beschäftigung bei öffentlich-rechtlichen Religionsgesellschaften oder ihren Verbänden. Der Verwendung im öffentlichen Dienst steht gleich die Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung, an der eine Körperschaft oder ein Verband im Sinne des Satzes 2 durch Zahlung von Beiträgen oder Zuschüssen oder in anderer Weise beteiligt ist. Ob die Voraussetzungen des Satzes 3 zutreffen, entscheidet auf Antrag der jeweiligen Einrichtung oder des Versorgungsberechtigten die für das Versorgungsrecht zuständige Senatsverwaltung oder die von ihr bestimmte Stelle.

(9) Bezieht ein Wahlbeamter auf Zeit im Ruhestand neben seinen Versorgungsbezügen Verwendungseinkommen nach Absatz 8, findet anstelle der Absätze 1 bis 8 § 53 in der bis zum

31. Dezember 1998 geltenden Fassung Anwendung. Satz 1 gilt entsprechend für Hinterbliebene.

(10) Bezieht ein Beamter im einstweiligen Ruhestand Erwerbs- und Erwerbsersatzeinkommen nach Absatz 7, das nicht Verwendungseinkommen nach Absatz 8 ist, ruhen die Versorgungsbezüge um fünfzig vom Hundert des Betrages, um den sie und das Einkommen die Höchstgrenze übersteigen.

§ 54

Zusammentreffen mehrerer Versorgungsbezüge

(1) Erhalten aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst (§ 53 Abs. 8) an neuen Versorgungsbezügen

1. ein Ruhestandsbeamter Ruhegehalt oder eine ähnliche Versorgung,

2. eine Witwe oder Waise aus der Verwendung des verstorbenen Beamten oder Ruhestandsbeamten Witwengeld, Waisengeld oder eine ähnliche Versorgung,

3. eine Witwe Ruhegehalt oder eine ähnliche Versorgung,

so sind neben den neuen Versorgungsbezügen die früheren Versorgungsbezüge nur bis zum Erreichen der in Absatz 2 bezeichneten Höchstgrenze zu zahlen. Dabei darf die Gesamtversorgung nicht hinter der früheren Versorgung zurückbleiben.

(2) Als Höchstgrenze gelten

1. für Ruhestandsbeamte (Absatz 1 Satz 1 Nummer 1) das Ruhegehalt, das sich unter Zugrundelegung der gesamten ruhegehaltfähigen Dienstzeit und der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das frühere Ruhegehalt berechnet, ergibt, zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1,

2. für Witwen und Waisen (Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) das Witwen- oder Waisengeld, das sich aus dem Ruhegehalt nach Nummer 1 ergibt, zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1,

3. für Witwen (Absatz 1 Satz 1 Nummer 3) 71,75 vom Hundert, in den Fällen des § 36 fünfundsiebzig vom Hundert, in den Fällen des § 37 achtzig vom Hundert, der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das dem Witwengeld zugrundeliegende Ruhegehalt bemißt, zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1.

Ist bei einem an der Ruhensregelung nach Satz 1 Nr. 1 oder 2 beteiligten Versorgungsbezug das Ruhegehalt nach § 14 Abs. 3 gemindert, ist das für die Höchstgrenze maßgebende Ruhegehalt in sinngemäßer Anwendung dieser Vorschrift festzusetzen. Ist bei der

Ruhensregelung nach Satz 1 Nr. 3 das dem Witwengeld zugrundeliegende Ruhegehalt nach § 14 Abs. 3 gemindert, ist die Höchstgrenze entsprechend dieser Vorschrift zu berechnen, wobei dem zu vermindernden Ruhegehalt mindestens ein Ruhegehaltssatz von 71,75 vom Hundert zugrunde zu legen ist. Ist bei einem an der Ruhensregelung nach Satz 1 Nr. 1 oder 2 beteiligten Versorgungsbezug der Ruhegehaltssatz nach § 14 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 oder 3 dieses Gesetzes in der bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Fassung gemindert, ist der für die Höchstgrenze maßgebende Ruhegehaltssatz in sinngemäßer Anwendung dieser Vorschrift festzusetzen. Ist bei der Ruhensregelung nach Satz 1 Nr. 3 der Ruhegehaltssatz des dem Witwengeld zugrundeliegenden Ruhegehalts nach § 14 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 oder 3 dieses Gesetzes in der bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Fassung gemindert, ist die Höchstgrenze entsprechend dieser Vorschrift zu berechnen, wobei der zu vermindernde Ruhegehaltssatz mindestens 71,75 vom Hundert beträgt.

(3) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 ist neben dem neuen Versorgungsbezug mindestens ein Betrag in Höhe von zwanzig vom Hundert des früheren Versorgungsbezuges zu belassen.

(4) Erwirbt ein Ruhestandsbeamter einen Anspruch auf Witwengeld oder eine ähnliche Versorgung, so erhält er daneben sein Ruhegehalt zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 nur bis zum Erreichen der in Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 sowie Satz 3 und 5 bezeichneten Höchstgrenze. Die Gesamtbezüge dürfen nicht hinter seinem Ruhegehalt zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 sowie eines Betrages in Höhe von zwanzig vom Hundert des neuen Versorgungsbezuges zurückbleiben.

(5) § 53 Abs. 6 gilt entsprechend.

§ 55

Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Renten

(1) Versorgungsbezüge werden neben Renten nur bis zum Erreichen der in Absatz 2 bezeichneten Höchstgrenze gezahlt. Als Renten gelten

1. Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen,

2. Renten aus einer zusätzlichen Alters- oder Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes,

3. Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wobei ein dem Unfallausgleich (§ 35) entsprechender Betrag unberücksichtigt bleibt; bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 vom Hundert bleiben zwei Drittel der Mindestgrundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz, bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 10 vom Hundert ein Drittel der Mindestgrundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz unberücksichtigt,

4. Leistungen aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder aus einer befreienden Lebensversicherung, zu denen der Arbeitgeber auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses im

öffentlichen Dienst mindestens die Hälfte der Beiträge oder Zuschüsse in dieser Höhe geleistet hat.

Wird eine Rente im Sinne des Satzes 2 nicht beantragt oder auf sie verzichtet oder wird an deren Stelle eine Kapitalleistung, Beitragserstattung oder Abfindung gezahlt, so tritt an die Stelle der Rente der Betrag, der vom Leistungsträger ansonsten zu zahlen wäre. Bei Zahlung einer Abfindung, Beitragserstattung oder eines sonstigen Kapitalbetrages ist der sich bei einer Verrentung ergebende Betrag zugrunde zu legen. Dies gilt nicht, wenn der Ruhestandsbeamte innerhalb von drei Monaten nach Zufluss den Kapitalbetrag zuzüglich der hierauf gewährten Zinsen an den Dienstherrn abführt. Zu den Renten und den Leistungen nach Nummer 4 rechnet nicht der Kinderzuschuß. Renten, Rentenerhöhungen und Rentenminderungen, die auf § 1587b des Bürgerlichen Gesetzbuchs oder § 1 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich, jeweils in der bis zum 31. August 2009 geltenden Fassung, beruhen, sowie übertragene Anrechte nach Maßgabe des Versorgungsausgleichsgesetzes und Zuschläge oder Abschläge beim Rentensplitting unter Ehegatten nach § 76c des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt.

(2) Als Höchstgrenze gelten

1. für Ruhestandsbeamte der Betrag, der sich als Ruhegehalt zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 ergeben würde, wenn der Berechnung zugrunde gelegt werden

a) bei den ruhegehaltfähigen Dienstbezügen die Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das Ruhegehalt berechnet,

b) als ruhegehaltfähige Dienstzeit die Zeit vom vollendeten siebzehnten Lebensjahr bis zum Eintritt des Versorgungsfalles abzüglich von Zeiten nach § 12a, zuzüglich ruhegehaltfähiger Dienstzeiten vor Vollendung des siebzehnten Lebensjahres sowie der Zeiten, um die sich die ruhegehaltfähige Dienstzeit erhöht, und der bei der Rente berücksichtigten Zeiten einer rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit nach Eintritt des Versorgungsfalles,

2. für Witwen der Betrag, der sich als Witwengeld zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1, für Waisen der Betrag, der sich als Waisengeld zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1, wenn dieser neben dem Waisengeld gezahlt wird, aus dem Ruhegehalt nach Nummer 1 ergeben würde.

Ist bei einem an der Ruhensregelung beteiligten Versorgungsbezug das Ruhegehalt nach § 14 Abs. 3 gemindert, ist das für die Höchstgrenze maßgebende Ruhegehalt in sinngemäßer Anwendung dieser Vorschrift festzusetzen. Ist bei einem an der Ruhensregelung beteiligten Versorgungsbezug der Ruhegehaltssatz nach § 14 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 oder 3 dieses Gesetzes in der bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Fassung gemindert, ist der für die

Höchstgrenze maßgebende Ruhegehaltssatz in sinngemäßer Anwendung dieser Vorschrift festzusetzen.

(3) Als Renten im Sinne des Absatzes 1 gelten nicht

1. bei Ruhestandsbeamten (Absatz 2 Satz 1 Nummer 1) Hinterbliebenenrenten aus einer Beschäftigung oder Tätigkeit des Ehegatten,

2. bei Witwen und Waisen (Absatz 2 Satz 1 Nummer 2) Renten auf Grund einer eigenen Beschäftigung oder Tätigkeit.

(4) Bei Anwendung der Absätze 1 und 2 bleibt außer Ansatz der Teil der Rente (Absatz 1), der

1. dem Verhältnis der Versicherungsjahre auf Grund freiwilliger Weiterversicherung oder Selbstversicherung zu den gesamten Versicherungsjahren oder, wenn sich die Rente nach Werteinheiten berechnet, dem Verhältnis der Werteinheiten für freiwillige Beiträge zu der Summe der Werteinheiten für freiwillige Beiträge, Pflichtbeiträge, Ersatzzeiten und Ausfallzeiten oder, wenn sich die Rente nach Entgeltpunkten berechnet, dem Verhältnis der Entgeltpunkte für freiwillige Beiträge zu der Summe der Entgeltpunkte für freiwillige Beiträge, Pflichtbeiträge, Ersatzzeiten, Zurechnungszeiten und Anrechnungszeiten entspricht,

2. auf einer Höherversicherung beruht.

Dies gilt nicht, soweit der Arbeitgeber mindestens die Hälfte der Beiträge oder Zuschüsse in dieser Höhe geleistet hat.

(5) Bei Anwendung des § 53 ist von der nach Anwendung der Absätze 1 bis 4 verbleibenden Gesamtversorgung auszugehen.

(6) Beim Zusammentreffen von zwei Versorgungsbezügen mit einer Rente ist zunächst der neuere Versorgungsbezug nach den Absätzen 1 bis 4 und danach der frühere Versorgungsbezug unter Berücksichtigung des gekürzten neueren Versorgungsbezuges nach § 54 zu regeln. Der hiernach gekürzte frühere Versorgungsbezug ist unter Berücksichtigung des gekürzten neueren Versorgungsbezuges nach den Absätzen 1 bis 4 zu regeln; für die Berechnung der Höchstgrenze nach Absatz 2 ist hierbei die Zeit bis zum Eintritt des neueren Versorgungsfalles zu berücksichtigen.

(7) § 53 Abs. 6 gilt entsprechend.

(8) Den in Absatz 1 bezeichneten Renten stehen entsprechende wiederkehrende Geldleistungen gleich, die auf Grund der Zugehörigkeit zu Zusatz- oder Sonderversorgungssystemen der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik geleistet werden oder die von einem ausländischen Versicherungsträger nach einem für die

Bundesrepublik Deutschland wirksamen zwischen- oder überstaatlichen Abkommen gewährt werden.

(9) Beziehen Versorgungsberechtigte Altersgeld oder Hinterbliebenenaltersgeld nach dem Altersgeldgesetz oder nach vergleichbarem Landesrecht, ruhen die Versorgungsbezüge in Höhe des jeweiligen Betrages dieser Leistungen. Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 56

Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Versorgung aus zwischenstaatlicher und überstaatlicher Verwendung

(1) Erhält ein Ruhestandsbeamter aus der Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung eine Versorgung, ruht sein deutsches Ruhegehalt in Höhe des Betrages, um den die Summe aus der genannten Versorgung und dem deutschen Ruhegehalt die in Absatz 2 genannte Höchstgrenze übersteigt, mindestens jedoch in Höhe des Betrages, der einer Minderung des Vomhundertsatzes von 1,79375 für jedes Jahr im zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Dienst entspricht; der Unterschiedsbetrag nach § 50 Abs. 1 ruht in Höhe von 2,39167 vom Hundert für jedes Jahr im zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Dienst. § 14 Abs. 1 Satz 2 bis 4 ist entsprechend anzuwenden. Die Versorgungsbezüge ruhen in voller Höhe, wenn der Ruhestandsbeamte als Invaliditätspension die Höchstversorgung aus seinem Amt bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung erhält. Bei der Anwendung des Satzes 1 wird die Zeit, in welcher der Beamte, ohne ein Amt bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung auszuüben, dort einen Anspruch auf Vergütung oder sonstige Entschädigung hat und Ruhegehaltsansprüche erwirbt, als Zeit im zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Dienst gerechnet; entsprechendes gilt für Zeiten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung, die dort bei der Berechnung des Ruhegehalts wie Dienstzeiten berücksichtigt werden.

(2) Als Höchstgrenze gelten die in § 54 Abs. 2 bezeichneten Höchstgrenzen sinngemäß, wobei diese im Monat Dezember nicht zu verdoppeln sind; dabei ist als Ruhegehalt dasjenige deutsche Ruhegehalt zugrunde zu legen, das sich unter Einbeziehung der Zeiten einer Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung als ruhegehaltfähige Dienstzeit und auf der Grundlage der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der nächsthöheren Besoldungsgruppe ergibt.

(3) Verzichtet der Beamte oder Ruhestandsbeamte bei seinem Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung auf eine Versorgung oder wird an deren Stelle eine Abfindung, Beitragserstattung oder ein sonstiger Kapitalbetrag gezahlt, so findet Absatz 1 mit der Maßgabe Anwendung, daß an die Stelle der Versorgung der Betrag tritt, der vom Leistungsträger ansonsten zu zahlen wäre; erfolgt die Zahlung eines Kapitalbetrages, weil kein Anspruch auf laufende Versorgung besteht, so ist der sich bei einer Verrentung des Kapitalbetrages ergebende Betrag zugrunde zu legen. Satz 1 gilt

nicht, wenn der Beamte oder Ruhestandsbeamte innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Verwendung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis den Kapitalbetrag zuzüglich der hierauf gewährten Zinsen an seinen Dienstherrn abführt.

(4) Hat der Beamte oder Ruhestandsbeamte schon vor seinem Ausscheiden aus dem zwischenstaatlichen oder überstaatlichen öffentlichen Dienst unmittelbar oder mittelbar Zahlungen aus dem Kapitalbetrag erhalten oder hat die zwischenstaatliche oder überstaatliche Einrichtung diesen durch Aufrechnung oder in anderer Form verringert, ist die Zahlung nach Absatz 3 in Höhe des ungekürzten Kapitalbetrages zu leisten.

(5) Erhalten die Witwe oder die Waisen eines Beamten oder Ruhestandsbeamten Hinterbliebenenbezüge von der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung, ruht ihr deutsches Witwengeld und Waisengeld in Höhe des Betrages, der sich unter Anwendung der Absätze 1 und 2 nach dem entsprechenden Anteilsatz ergibt. Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz, Abs. 3, 4 und 6 finden entsprechende Anwendung.

(6) Der Ruhensbetrag darf die von der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung gewährte Versorgung nicht übersteigen. Dem Ruhestandsbeamten ist mindestens ein Betrag in Höhe von zwanzig vom Hundert seines deutschen Ruhegehalts zu belassen. Satz 2 gilt nicht, wenn die Unterschreitung der Mindestbelassung darauf beruht, dass

1. das deutsche Ruhegehalt in Höhe des Betrages ruht, der einer Minderung des Vmhundertsatzes um 1,79375 für jedes Jahr im zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Dienst entspricht, oder
2. Absatz 1 Satz 3 anzuwenden ist.

(7) § 53 Abs. 6 gilt entsprechend.

§ 57

Kürzung der Versorgungsbezüge nach der Ehescheidung

(1) Sind durch Entscheidung des Familiengerichts

1. Anwartschaften in einer gesetzlichen Rentenversicherung nach § 1587b Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in der bis zum 31. August 2009 geltenden Fassung oder
2. Anrechte nach dem Versorgungsausgleichsgesetz begründet oder übertragen worden, werden nach Wirksamkeit dieser Entscheidung die Versorgungsbezüge der ausgleichspflichtigen Person und ihrer Hinterbliebenen nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften um den nach Absatz 2 oder 3 berechneten Betrag gekürzt. Das Ruhegehalt, das die ausgleichspflichtige Person im Zeitpunkt der Wirksamkeit der Entscheidung des Familiengerichts über den Versorgungsausgleich erhält, wird erst gekürzt, wenn der ausgleichsberechtigten Person eine Leistung aus Anwartschaften oder Anrechten

nach Satz 1 Nummer 1 und 2 gewährt wird. Das einer Vollwaise zu gewährende Waisengeld wird nicht gekürzt, wenn nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherungen die Voraussetzungen für die Gewährung einer Waisenrente aus der Versicherung der ausgleichsberechtigten Person nicht erfüllt sind.

(2) Der Kürzungsbetrag für das Ruhegehalt berechnet sich aus dem Monatsbetrag der durch die Entscheidung des Familiengerichts begründeten oder übertragenen Anrechte oder Anwartschaften. Dieser Monatsbetrag erhöht oder vermindert sich bei einem Beamten um die Hundertsätze der nach dem Ende der Ehezeit bis zum Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand eingetretenen Erhöhungen oder Verminderungen der beamtenrechtlichen Versorgungsbezüge, die in festen Beträgen festgesetzt sind. Vom Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand an, bei einem Ruhestandsbeamten vom Tag nach dem Ende der Ehezeit an, erhöht oder vermindert sich der Kürzungsbetrag in dem Verhältnis, in dem sich das Ruhegehalt vor Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften durch Anpassung der Versorgungsbezüge erhöht oder vermindert.

(3) Der Kürzungsbetrag für das Witwen- und Waisengeld berechnet sich aus dem Kürzungsbetrag nach Absatz 2 für das Ruhegehalt, das der Beamte erhalten hat oder hätte erhalten können, wenn er am Todestag in den Ruhestand getreten wäre, nach den Anteilssätzen des Witwen- oder Waisengeldes.

(4) Ein Unterhaltsbeitrag nach § 22 Abs. 2 oder 3 oder nach entsprechendem bisherigen Recht und eine Abfindungsrente nach bisherigem Recht werden nicht gekürzt.

(5) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 2 und des § 5 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich vom 21. Februar 1983 (BGBl. I S. 105) in der bis zum 31. August 2009 geltenden Fassung und der §§ 33 und 34 des Versorgungsausgleichsgesetzes steht die Zahlung des Ruhegehalts der ausgleichspflichtigen Person für den Fall rückwirkender oder erst nachträglich bekannt werdender Rentengewährung an die ausgleichsberechtigte Person unter dem Vorbehalt der Rückforderung.

(6) Bei einem Versorgungsausgleich nach Aufhebung einer Lebenspartnerschaft gemäß § 20 des Lebenspartnerschaftsgesetzes gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

§ 61

Erlöschen der Witwen- und Waisenversorgung

(1) Der Anspruch der Witwen und Waisen auf Versorgungsbezüge erlischt

1. für jeden Berechtigten mit dem Ende des Monats, in dem er stirbt,

2. für jede Witwe außerdem mit dem Ende des Monats, in dem sie sich verheiratet,

3. für jede Waise außerdem mit dem Ende des Monats, in dem sie das achtzehnte Lebensjahr vollendet,

4. für jeden Berechtigten, der durch ein deutsches Gericht im Geltungsbereich des Grundgesetzes im ordentlichen Strafverfahren wegen eines Verbrechens zu Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren oder wegen einer vorsätzlichen Tat, die nach den Vorschriften über Friedensverrat, Hochverrat, Gefährdung des demokratischen Rechtsstaates oder Landesverrat und Gefährdung der äußeren Sicherheit strafbar ist, zu Freiheitsstrafe von mindestens sechs Monaten verurteilt worden ist, mit der Rechtskraft des Urteils.

Entsprechendes gilt, wenn der Berechtigte auf Grund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts gemäß Artikel 18 des Grundgesetzes ein Grundrecht verwirkt hat. In den Fällen des Satzes 1 Nr. 4 und des Satzes 2 gilt § 41 sinngemäß. Die §§ 36 und 37 des Landesbeamtengesetzes finden entsprechende Anwendung.

(2) Das Waisengeld wird nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres auf Antrag gewährt, solange die in § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a, b und d, Nr. 3 und Abs. 5 Satz 1, 2 und 4 des Einkommensteuergesetzes in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen gegeben sind. Im Falle einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung im Sinne des § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 des Einkommensteuergesetzes in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung wird das Waisengeld ungeachtet der Höhe eines eigenen Einkommens dem Grunde nach gewährt; soweit ein eigenes Einkommen der Waise das Zweifache des Mindestvollwaisengeldes (§ 14 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 24 Abs. 1) übersteigt, wird es zur Hälfte auf das Waisengeld zuzüglich des Unterschiedsbetrages (§ 50 Abs. 1) angerechnet. Das Waisengeld nach Satz 2 wird über das siebenundzwanzigste Lebensjahr hinaus nur gewährt, wenn

1. die Behinderung bei Vollendung des siebenundzwanzigsten Lebensjahres bestanden hat oder bis zu dem sich nach § 32 Abs. 5 des Einkommensteuergesetzes in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung ergebenden Zeitpunkt eingetreten ist, wenn die Waise sich in verzögerter Schul- oder Berufsausbildung befunden hat, und

2. die Waise ledig oder verwitwet ist oder ihr Ehegatte oder früherer Ehegatte ihr keinen ausreichenden Unterhalt leisten kann oder dem Grunde nach nicht unterhaltspflichtig ist und sie nicht unterhält.

(3) Hat eine Witwe sich wieder verheiratet und wird die Ehe aufgelöst, so lebt der Anspruch auf Witwengeld wieder auf; ein von der Witwe infolge Auflösung der Ehe erworbener neuer Versorgungs-, Unterhalts- oder Rentenanspruch ist auf das Witwengeld und den Unterschiedsbetrag nach § 50 Abs. 1 anzurechnen. Wird eine in Satz 1 genannte Leistung nicht beantragt oder wird auf sie verzichtet oder wird an ihrer Stelle eine Abfindung, Kapitalleistung oder Beitragserstattung gezahlt, ist der Betrag anzurechnen, der ansonsten zu zahlen wäre. Der Auflösung der Ehe steht die Nichtigkeitsklärung gleich.

4. Auszug aus dem Landesbesoldungsgesetz

In der Fassung vom 09.04.1996 (GVBl. 1996, S. 260), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung des LandesbesoldungsG, des LehrkräftebildungsG und der BildungslaufbahnVO vom 10.7.2024 (GVBl. S. 476)

§ 1b

Überleitung besoldungsrechtlicher Bestimmungen

(1) Für die in § 1 genannten Personen gelten

1. das Bundesbesoldungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. August 2002 (BGBl. I S. 3020), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 12. Juli 2006 (BGBl. I S. 1466), mit Ausnahme von § 1 Absatz 1 und 4, § 14 Absatz 2 bis 4, § 17, § 23 Absatz 1 Nummer 1, § 37 Absatz 2, § 67, des 8. Abschnitts, §§ 80 und 82, § 84 Absatz 3, § 85 und der Anlage VIII sowie mit Ausnahme der durch das Gesetz zur Änderung besoldungs- und versorgungsrechtlicher Vorschriften vom 1. Oktober 2008 (GVBl. S. 272) ersetzten Anlage V des Bundesbesoldungsgesetzes und der durch das Dienstrechtsänderungsgesetz vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70) ersetzten Anlage III des Bundesbesoldungsgesetzes (Bundesbesoldungsgesetz in der Überleitungsfassung für Berlin),

2. das Gesetz über vermögenswirksame Leistungen für Beamte, Richter, Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. Mai 2002 (BGBl. I S. 1778),

3. das Zweite Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern vom 23. Mai 1975 (BGBl. I S. 1173), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1869), sowie

4. die aufgrund des Bundesbesoldungsgesetzes erlassenen Verordnungen des Bundes in ihrer am 31. August 2006 geltenden Fassung

nach Maßgabe des Artikels III §§ 2 und 3 des Zweiten Dienstrechtsänderungsgesetzes vom 21. Juni 2011 (GVBl. S. 266) sowie des Gesetzes zur Besoldungs- und Versorgungsanpassung für Berlin 2010/2011 vom 8. Juli 2010 (GVBl. S. 362, 2011 S. 158) als Landesrecht fort.

(2) Soweit in Verordnungsermächtigungen in dem nach Absatz 1 in Landesrecht übergeleiteten Bundesbesoldungsgesetz die Bundesregierung oder eine oberste Bundesbehörde zum Erlass einer Rechtsverordnung ermächtigt worden ist, tritt an die Stelle der Bundesregierung der Senat von Berlin und an die Stelle der obersten Bundesbehörde die zuständige oberste Landesbehörde. Soweit in den Verordnungsermächtigungen eine Beteiligung des Bundesrates vorgesehen ist, bedarf es dieser nicht.

5. Auszug aus dem Bundesbesoldungsgesetz in der Überleitungsfassung für Berlin

Nach Artikel III § 1 Nummer 3 des Gesetzes vom 21.06.2011 (GVBl. 266), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung des LandesbesoldungsG, des LehrkräftebildungsG und der BildungslaufbahnVO vom 10.7.2024 (GVBl. S. 464)

§ 1

Geltungsbereich

(1) [kein Landesrecht nach § 1b Abs. 1 Nr. 1 des Landesbesoldungsgesetzes]

(2) Zur Besoldung gehören folgende Dienstbezüge:

1. Grundgehalt,
2. Leistungsbezüge für Professoren sowie hauptberufliche Leiter und Mitglieder von Leitungsgremien an Hochschulen,
3. Familienzuschlag,
4. Zulagen,
5. Vergütungen,
6. Auslandsdienstbezüge.

(3) Zur Besoldung gehören ferner folgende sonstige Bezüge:

1. Anwärterbezüge,
2. jährliche Sonderzahlungen,
3. vermögenswirksame Leistungen.
4. (aufgehoben).

(4) [kein Landesrecht nach § 1b Abs. 1 Nr. 1 des Landesbesoldungsgesetzes]

(5) Dieses Gesetz gilt nicht für die öffentlich-rechtlichen Religionsgesellschaften und ihre Verbände.

§ 7

Kaufkraftausgleich

(1) Entspricht die Kaufkraft der Bezüge am dienstlichen und tatsächlichen Wohnsitz im Ausland (ausländischer Dienstort) nicht der Kaufkraft der Bezüge im Inland am Sitz der Bundesregierung, ist der Unterschied der Kaufkraft durch Zu- oder Abschläge auszugleichen (Kaufkraftausgleich).

(2) Das Statistische Bundesamt ermittelt für den einzelnen Dienstort nach einer wissenschaftlichen Berechnungsmethode auf Grund eines Preisvergleichs und des Wechselkurses zwischen den Währungen den Vomhundertsatz, um den die Lebenshaltungskosten am ausländischen Dienstort höher oder niedriger sind als am Sitz der Bundesregierung (Teuerungsziffer). Die Teuerungsziffern sind vom Statistischen Bundesamt bekannt zu machen.

(3) Der Kaufkraftausgleich wird anhand der Teuerungsziffer festgesetzt. Das Nähere zur Festsetzung des Kaufkraftausgleichs regelt das Auswärtige Amt im Benehmen mit dem Bundesministerium des Innern durch allgemeine Verwaltungsvorschrift.

§ 9a

Anrechnung anderer Einkünfte auf die Besoldung

(1) Haben Beamte, Richter oder Soldaten Anspruch auf Besoldung für eine Zeit, in der sie nicht zur Dienstleistung verpflichtet waren, kann ein infolge der unterbliebenen Dienstleistung für diesen Zeitraum erzieltetes anderes Einkommen auf die Besoldung angerechnet werden. Der Beamte, Richter oder Soldat ist zur Auskunft verpflichtet. In den Fällen einer vorläufigen Dienstenthebung auf Grund eines Disziplinarverfahrens gelten die besonderen Vorschriften des Disziplinarrechts.

(2) Erhält ein Beamter oder Richter aus einer Verwendung nach § 123a des Beamtenrechtsrahmengesetzes anderweitig Bezüge, werden diese auf die Besoldung angerechnet. In besonderen Fällen kann die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem für das Besoldungsrecht zuständigen Ministerium von der Anrechnung ganz oder teilweise absehen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Soldaten.

§ 56

Auslandskinderzuschlag

(1) Beamte, Richter und Soldaten, denen Kindergeld nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes zusteht oder ohne Berücksichtigung des § 63 Abs. 1 Satz 3 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes zustehen würde, erhalten Auslandskinderzuschlag nach der Anlage Vli für Kinder, die sich nicht nur vorübergehend

1.im Ausland aufhalten,

2. im Inland aufhalten, wenn dort kein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit sorgeberechtigt ist oder war.

§ 40 Abs. 5 Satz 3 findet entsprechende Anwendung. Im Falle des Satzes 1 Nr. 2 wird ein Kaufkraftausgleich nicht vorgenommen.

(2) Auslandskinderzuschlag nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 wird auch gewährt für Kinder in der Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten, wenn und soweit sich der Beginn des nächsten Ausbildungsabschnitts durch die Auslandsverwendung des Beamten, Richters oder Soldaten verzögert hat, höchstens jedoch für ein Jahr.

(3) Der Auslandskinderzuschlag wird vom Beginn des Monats an gewährt, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind; er wird bis zum Ende des Monats gewährt, in dem die Anspruchsvoraussetzungen wegfallen; § 53 bleibt unberührt.

6. Auszug aus dem Bundesreisekostengesetz

Vom 26. Mai 2005 (BGBl. I S. 1418), zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 28. Juni 2021 (BGBl. I S. 2250) geändert

§ 3 Anspruch auf Reisekostenvergütung

(1) Dienstreisenden werden auf Antrag die dienstlich veranlassten notwendigen Reisekosten vergütet. Werden Dienstreisen umweltverträglich und nachhaltig durchgeführt, sind die dadurch entstehenden notwendigen Kosten zu erstatten, soweit sie in angemessenem Verhältnis zu den Zielen der Umweltverträglichkeit und Nachhaltigkeit stehen.

(2) Der Anspruch auf Reisekostenvergütung erlischt, wenn sie nicht innerhalb einer Ausschlussfrist von sechs Monaten nach Beendigung der Dienstreise schriftlich oder elektronisch beantragt wird. Die zuständigen Stellen können bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Antragstellung die Vorlage der maßgeblichen Kostenbelege verlangen. Werden diese Belege auf Anforderung nicht innerhalb von drei Monaten vorgelegt, kann der Vergütungsantrag insoweit abgelehnt werden.

(3) Leistungen, die Dienstreisende ihres Amtes wegen von dritter Seite aus Anlass einer Dienstreise erhalten, sind auf die Reisekostenvergütung anzurechnen.

(4) Bei Dienstreisen für eine auf Veranlassung der zuständigen Behörde ausgeübte Nebentätigkeit haben Dienstreisende nur Anspruch auf Reisekostenvergütung, die nicht von anderer Stelle zu übernehmen ist. Das gilt auch dann, wenn Dienstreisende auf ihren Anspruch gegen diese Stelle verzichtet haben.

§ 4 Fahrt- und Flugkostenerstattung

(1) Entstandene Kosten für Fahrten auf dem Land- oder Wasserweg mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln werden bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse erstattet. Für Bahnfahrten von mindestens zwei Stunden können die entstandenen Fahrtkosten der nächsthöheren Klasse erstattet werden. Wurde aus dienstlichen oder wirtschaftlichen Gründen ein Flugzeug benutzt, werden die Kosten der niedrigsten Flugklasse erstattet. Kosten einer höheren Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel können erstattet werden, wenn dienstliche Gründe dies im Einzelfall oder allgemein erfordern.

(2) Mögliche Fahrpreismäßigungen sind zu berücksichtigen. Fahrtkosten werden nicht erstattet, wenn eine unentgeltliche Beförderungsmöglichkeit genutzt werden kann.

(3) Dienstreisenden, denen für Bahnfahrten die Kosten der niedrigsten Beförderungsklasse zu erstatten wären, werden bei einem Grad der Behinderung von mindestens 50 die Kosten der nächsthöheren Klasse erstattet.

(4) Wurde aus triftigem Grund ein Mietwagen oder ein Taxi benutzt, werden die entstandenen notwendigen Kosten erstattet.

§ 5 Wegstreckenentschädigung

(1) Für Fahrten mit anderen als den in § 4 genannten Beförderungsmitteln wird eine Wegstreckenentschädigung gewährt. Sie beträgt bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder eines anderen motorbetriebenen Fahrzeuges 20 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke, höchstens jedoch 130 Euro. Die oberste Bundesbehörde kann den Höchstbetrag auf 150 Euro festsetzen, wenn dienstliche Gründe dies im Einzelfall oder allgemein erfordern.

(2) Besteht an der Benutzung eines Kraftwagens ein erhebliches dienstliches Interesse, beträgt die Wegstreckenentschädigung 30 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke. Das erhebliche dienstliche Interesse muss vor Antritt der Dienstreise in der Anordnung oder Genehmigung schriftlich oder elektronisch festgestellt werden.

(3) Benutzen Dienstreisende zur Erledigung von Dienstgeschäften regelmäßig ein Fahrrad, wird Wegstreckenentschädigung nach Maßgabe einer allgemeinen Verwaltungsvorschrift gemäß § 16 gewährt.

(4) Eine Wegstreckenentschädigung wird Dienstreisenden nicht gewährt, wenn sie

1. eine vom Dienstherrn unentgeltlich zur Verfügung gestellte Beförderungsmöglichkeit nutzen konnten oder

2. von anderen Dienstreisenden des Bundes oder eines anderen Dienstherrn in einem Kraftwagen mitgenommen wurden.

7. Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz

In der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 21. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 165); aufgehoben durch Art. 58 Nr. 2 des Gesetzes vom 12.12.2019 (BGBl. I S. 2652).

Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung - § 10

(1) Heilbehandlung wird Beschädigten für Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind, gewährt, um die Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben, die Folgen der Schädigung zu erleichtern oder um den Beschädigten entsprechend den in § 4 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch genannten Zielen eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Ist eine Gesundheitsstörung nur im Sinne der Verschlimmerung als Folge einer Schädigung anerkannt, wird abweichend von Satz 1 Heilbehandlung für die gesamte Gesundheitsstörung gewährt, es sei denn, daß die als Folge einer Schädigung anerkannte Gesundheitsstörung auf den Zustand, der Heilbehandlung erfordert, ohne Einfluß ist.

(2) Heilbehandlung wird Schwerbeschädigten auch für Gesundheitsstörungen gewährt, die nicht als Folge einer Schädigung anerkannt sind.

(3) Versehrtenleibesübungen werden Beschädigten zur Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit gewährt.

(4) Krankenbehandlung wird

a) dem Schwerbeschädigten für den Ehegatten oder Lebenspartner und für die Kinder (§ 33b Abs. 1 bis 4) sowie für sonstige Angehörige, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihm überwiegend unterhalten werden,

b) dem Empfänger einer Pflegezulage für Personen, die seine unentgeltliche Wartung und Pflege nicht nur vorübergehend übernommen haben,

c) den Witwen und hinterbliebenen Lebenspartnern (§§ 38, 42 bis 44 und 48), Waisen (§§ 45 und 48) und versorgungsberechtigten Eltern (§§ 49 bis 51)

gewährt, um Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben oder die Folgen der Behinderung zu

erleichtern. Die unter Buchstabe c genannten Berechtigten erhalten Krankenbehandlung auch zu dem Zweck, ihnen entsprechend den in § 4 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch genannten Zielen eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Bisherige Leistungsempfänger (Satz 1 Buchstaben a und b), die nach dem Tode des Schwerbeschädigten nicht zu dem Personenkreis des Satzes 1 Buchstabe c gehören, können weiter Krankenbehandlung erhalten, wenn sie einen wirksamen Krankenversicherungsschutz unter zumutbaren Bedingungen nicht erreichen können.

(5) Krankenbehandlung wird ferner gewährt,

a) Beschädigten mit einem Grad der Schädigungsfolgen von weniger als 50 für sich und für die in Absatz 4 Buchstabe a genannten Angehörigen,

b) Witwen und hinterbliebenen Lebenspartnern (§§ 38, 42 bis 44 und 48) für die in Absatz 4 Buchstabe a genannten Angehörigen, sofern der Berechtigte an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnimmt. Das Gleiche gilt bei einer vorübergehenden Unterbrechung der Teilnahme aus gesundheitlichen oder sonstigen von dem Berechtigten nicht zu vertretenden Gründen.

(6) Berechtigten, die die Voraussetzungen der Absätze 2, 4 oder 5 erfüllen, werden für sich und die Leistungsempfänger Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gewährt. Außerdem sollen Leistungen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe nach Maßgabe des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden. Für diese Leistungen gelten die Vorschriften über die Heil- und die Krankenbehandlung mit Ausnahme des Absatzes 1 entsprechend; für Kurleistungen gelten § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3 und 4.

(7) Die Ansprüche nach den Absätzen 2, 4, 5 und 6 sind ausgeschlossen,

a) wenn der Berechtigte ein Einkommen hat, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt, es sei denn, daß der Berechtigte Anspruch auf Pflegezulage hat oder die Heilbehandlung wegen der als Folge einer Schädigung anerkannten Gesundheitsstörung nicht durch eine Krankenversicherung sicherstellen kann, oder

b) wenn der Berechtigte oder derjenige, für den Krankenbehandlung begehrt wird (Leistungsempfänger), nach dem 31. Dezember 1982 von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Antrag befreit worden ist oder

c) wenn der Leistungsempfänger ein Einkommen hat, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt, es sei denn, daß der Berechtigte Anspruch auf Pflegezulage hat, oder

d) wenn ein Sozialversicherungsträger zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist oder

e) wenn Anspruch auf entsprechende Leistungen aus einem Vertrag, ausgenommen Ansprüche aus einer privaten Kranken- oder Unfallversicherung, besteht oder

f) wenn und soweit die Heil- oder Krankenbehandlung durch ein anderes Gesetz sichergestellt ist.

Entsprechende Leistungen im Sinne dieses Absatzes sind Leistungen, die nach ihrer Zweckbestimmung und der Art der Leistungserbringung übereinstimmen. Sachleistungen anderer Träger, die dem gleichen Zweck dienen wie Kostenübernahmen, Geldleistungen oder Zuschüsse nach diesem Gesetz, gelten im Verhältnis zu diesen Leistungen als entsprechende Leistungen. Die Ansprüche, die ein Berechtigter nach den Absätzen 2, 4, 5 und 6 für sich hat, werden nicht dadurch ausgeschlossen, daß er nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist.

(8) Heil- oder Krankenbehandlung kann auch vor der Anerkennung eines Versorgungsanspruchs gewährt werden.

Kriegsopferfürsorge - § 26c

(1) Beschädigte und Hinterbliebene erhalten Hilfe zur Pflege in entsprechender Anwendung von § 13 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie des Siebten Kapitels des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes geregelt ist.

(2) Der Hilfe zur Pflege gehen die Leistungen nach § 35 vor.

(3) Stellen Pflegebedürftige ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, gelten § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 34 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(4) § 64a Absatz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch findet keine Anwendung.

(5) Bei der Festsetzung der Einkommensgrenze tritt an die Stelle des Grundbetrages nach § 25e Absatz 1 Nummer 1 ein Grundbetrag

1. in Höhe von 4,25 Prozent des Bemessungsbetrages bei

a) der Hilfe zur Pflege in einer stationären oder teilstationären Einrichtung, wenn diese Hilfe voraussichtlich auf längere Zeit erforderlich ist, sowie

b) der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 und 3,

2. in Höhe von 8,5 Prozent des Bemessungsbetrages beim Pflegegeld für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5.

Der Familienzuschlag beträgt 40 Prozent des Grundbetrages nach § 25e Absatz 1 Nummer 1. In den Fällen des Satzes 1 Nummer 2 beträgt der Familienzuschlag für den nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des Grundbetrages nach Satz 1 Nummer 1, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner blind sind oder die Voraussetzungen des § 72 Absatz 5 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen oder so schwer behindert sind, dass sie als Beschädigte die Pflegezulage nach den Stufen III bis VI nach § 35 Absatz 1 Satz 4 erhielten.

(6) Werden Leistungen der Hilfe zur Pflege für ein volljähriges Kind der Beschädigten erbracht, haben Beschädigte Einkommen und Vermögen bis zur Höhe des Betrages nach § 27h Absatz 2 Satz 3 einzusetzen, soweit das Einkommen die für die Leistung maßgebliche Einkommensgrenze nach § 25e Absatz 1 oder § 26c Absatz 5 oder das Vermögen die Vermögensgrenze nach § 25f übersteigt.

Pflegezulage - § 35

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 376 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, daß sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 642, 916, 1 174, 1 524 oder 1 876 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen

haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist

8. Auszug aus dem Krankenhausentgeltgesetz

Vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 2 des KrankenhaustransparenzG vom 22.3.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105)

§ 2

Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Absatz 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
5. die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
6. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht. Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.

(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.

§ 9

Vereinbarung auf Bundesebene

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),
2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,
- 2a. einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung des vereinbarten Pflegebudgets nach § 6a,
3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge,
4. Empfehlungen für die Kalkulation und die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
5. den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 1,
6. erstmals bis zum 31. Juli 2016 einen Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen, die nur dem hälftigen Abschlag unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags, insbesondere zur Definition des

- Einzugsgebiets eines Krankenhauses und zu einem geminderten Abschlag im Falle von Leistungsverlagerungen,
7. die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4, eine anteilige Erhöhungsrates unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen über das Pflegebudget zu finanzieren sind, sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,
 8. bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln,
 9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden.

(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf der Grundlage von Absatz 1 Nummer 3

1. Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie auf Grund von Rahmenvereinbarungen nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;
2. (weggefallen)
3. bis zum 31. Dezember 2016 Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie bezogen auf die Anzahl stationärer Todesfälle eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle fest, bestimmen die Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; als Grundlage für die Festlegung der Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Kalkulation und deren regelmäßiger Anpassung zu beauftragen; für die Finanzierung gilt § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend;
4. bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen für außerordentlich gute und unzureichende Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;
5. bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge

- müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist;
6. jährlich zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2019, eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen;
 7. bis zum 31. Dezember 2020 die Höhe und die nähere Ausgestaltung des Zuschlags nach § 17b Absatz 1a Nummer 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie seine regelmäßige Anpassung an Kostenentwicklungen.

(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 3 ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.

(1c) Zur Umsetzung von § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Mai 2016 bei Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen gibt, eine gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung der Leistungen vorzugeben, die bei der Kalkulation des Vergütungssystems für das folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen ist.

(2) Kommt eine Vereinbarung zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 17b Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; in den übrigen Fällen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; eine Entscheidung zu Absatz 1b Satz 1 hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1a Nummer 5 nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle anrufen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1c nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von Satz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

§ 10

Vereinbarung auf Landesebene

(1) Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vereinbaren die in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert (Landesbasisfallwert) für das folgende Kalenderjahr. Dabei gehen sie von den Vereinbarungswerten der Krankenhäuser im Land für das laufende Kalenderjahr nach Anlage 1 Abschnitt B1 aus, insbesondere von der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Erlössumme für Fallpauschalen (B1 laufende Nummer 3), und schätzen auf dieser Grundlage die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr; soweit Werte für einzelne Krankenhäuser noch nicht vorliegen, sind diese zu schätzen. Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen des Basisfallwerts bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Verhandlung über eine Berichtigung aufgenommen wird. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Die Berichtigung nach den Sätzen 3 bis 5 ist nur durchzuführen, soweit im Rahmen der Vorgaben zur Beitragssatzstabilität bei der zu ändernden Vereinbarung des Vorjahres auch ohne eine Fehlschätzung eine Berücksichtigung des Betrags der Basisberichtigung zulässig gewesen wäre. Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die aus § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6a entsteht, ist im Erlösvolumen entsprechend verändernd zu berücksichtigen, so dass hieraus keine Veränderung des zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts entsteht.

(2) (weggefallen)

(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. der von den Vertragsparteien nach § 9 Abs. 1 Satz 2 vorgegebene Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann,
2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,
4. (weggefallen)
5. (weggefallen)
6. absenkend die Summe der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind oder die Zuschläge auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen; dabei werden die Zuschläge nach § 4 Absatz 8 und 9 und § 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c sowie Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung nicht einbezogen,

7. erhöhend die Summe der befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 3c, soweit diese nicht mehr krankenhausindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden.

Soweit infolge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren

Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen.

(4) Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 ergebende Veränderung des Basisfallwerts nicht überschreiten. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisfallwerts infolge der Weiterentwicklung des DRG Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Absatz 1 durchzuführen ist. Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt. Soweit eine Überschreitung des Veränderungswerts durch die erhöhende Berücksichtigung von befristeten Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c im Rahmen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 begründet ist, ist abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert zu vereinbaren. Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.

(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr 2020 nach Maßgabe der folgenden Sätze Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrater berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrater ist für

1. den Bereich des Pflegepersonals ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen,
2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und
3. den ärztlichen Personalbereich

jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungssrate. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige

Erhöhungsrates zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsrates nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrates vorzunehmen.

(6) Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wiedergibt, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ermitteln die Vertragsparteien auf Bundesebene die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegegesetzverordnung. Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Veränderungswert sowie die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die den Veränderungswert übersteigen, zu prüfen.

(7) Soweit in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Höhe der Vergütung nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) unter der im übrigen Bundesgebiet geltenden Höhe liegt, ist dies bei der Vereinbarung des Basisfallwerts zu beachten. Die Veränderungsrate nach Absatz 4 darf überschritten werden, soweit eine Angleichung dieser Vergütung an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe dies erforderlich macht.

(8) Zur schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder wird ein einheitlicher Basisfallwertkorridor in Höhe von +2,5 Prozent bis -1,02 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 eingeführt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2016 bis 2021 werden die Basisfallwerte oberhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors in sechs gleichen Schritten in Richtung auf den oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors angeglichen. Der für die Angleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert ohne Ausgleich von dem oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert höher ist, und von diesem Zwischenergebnis

1. 16,67 Prozent im Jahr 2016,
2. 20,00 Prozent im Jahr 2017,
3. 25,00 Prozent im Jahr 2018,
4. 33,34 Prozent im Jahr 2019,
5. 50,00 Prozent im Jahr 2020,

6. 100 Prozent im Jahr 2021

errechnet werden. Für das Jahr 2017 ist vor der Ermittlung des Angleichungsbetrags nach Satz 3 der Grenzwert nach Satz 3 um den Betrag zu erhöhen, der nach Maßgabe des Absatzes 12 beim Landesbasisfallwert zusätzlich berücksichtigt worden ist. Zur Ermittlung des Basisfallwerts werden für das jeweilige Kalenderjahr der verhandelte Basisfallwert und der entsprechende Angleichungsbetrag nach Satz 3 unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Das Rechenergebnis ist von den Vertragsparteien auf Landesebene als Basisfallwert, der der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen ist, zu vereinbaren. Basisfallwerte unterhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den unteren Grenzwert angeglichen; die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 vorzunehmende absenkende Berücksichtigung von Sicherstellungszuschlägen, die auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, bleibt hiervon unberührt. Nach der vollständigen Angleichung nach Satz 3 oder Satz 7 sind Verhandlungsergebnisse, die außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 liegen, jährlich in vollem Umfang an den jeweiligen Grenzwert dieser Bandbreite anzugleichen; Fehlschätzungen nach Absatz 1 Satz 3 sind nur insoweit umzusetzen, als dies der vollen Erreichung des jeweiligen Grenzwerts nicht entgegensteht. Die Vertragsparteien ermitteln die nach Absatz 9 Satz 3 zu meldenden Daten.

(9) Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Maßgabe der folgenden Sätze auf der Grundlage der in den Ländern jeweils geltenden, abzurechnenden Basisfallwerte zu berechnen. Dabei werden die einzelnen Basisfallwerte einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleich mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die bei ihrer Vereinbarung zu Grunde gelegt wurden, gewichtet. Für die Berechnung meldet die an der Vereinbarung des Basisfallwerts beteiligte Landeskrankenhausgesellschaft bis zum 31. Juli jeden Jahres den für das laufende Jahr vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleich, das bei seiner Vereinbarung zu Grunde gelegte Ausgabenvolumen und die Summe der effektiven Bewertungsrelationen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Sind diese Werte für ein Land bis zu diesem Termin nicht vereinbart und übermittelt, berechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den einheitlichen Basisfallwert mit den Vorjahreswerten für dieses Land. Das Berechnungsergebnis des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist um die Rate nach Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, sofern diese noch nicht im Basisfallwert berücksichtigt ist, und ist Grundlage für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors durch die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres; das Berechnungsergebnis ist um die für das folgende Kalenderjahr maßgebliche Veränderungsrate oder den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 zu erhöhen. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(10) Die Vereinbarung des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 7 ist bis zum 30. November jeden Jahres zu schließen. Die Vertragsparteien auf Landesebene nehmen die Verhandlungen unverzüglich auf, nachdem eine Partei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Parteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 13 den Basisfallwert auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest. Abweichend von Satz 4 setzt ab dem 1. Januar 2020 die Schiedsstelle den Basisfallwert ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb der Frist gemäß § 13 Absatz 2 fest, wenn eine Vereinbarung bis zum 30. November nicht zustande kommt.

(11) (weggefallen)

(12) Zur pauschalen Überführung der Mittel des Pflegezuschlags, die nicht für die pflegerische Versorgung von Patientinnen oder Patienten verwendet werden, ist für die Verhandlung des Basisfallwerts 2020 eine Erhöhung von 0,3 Prozent auf den vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert 2019 ohne Ausgleich einzurechnen. In den Basisfallwert, der ab dem 1. Januar 2023 gilt, sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen in Höhe der von den Krankenhäusern im Land insgesamt für das Jahr 2022 nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1 abgerechneten Zuschläge einzurechnen; soweit die Finanzierungsbeträge noch nicht feststehen, sind diese zu schätzen und Fehlschätzungen sind bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr zu berichtigen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.

(13) (weggefallen)

§ 15 Laufzeit

(1) Die für das Kalenderjahr vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 werden bei Patientinnen und Patienten abgerechnet, die ab dem 1. Januar in das Krankenhaus aufgenommen werden, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene nichts Abweichendes vereinbart haben. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr bewertet. Wird der Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, ist er ab dem ersten Tag des Monats anzuwenden, der auf die Genehmigung folgt. Bis dahin sind die Fallpauschalen mit dem bisher geltenden Landesbasisfallwert zu bewerten und in der sich ergebenden Entgelthöhe abzurechnen. Werden die Entgeltkataloge für die Fallpauschalen oder Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 so spät vereinbart oder durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgegeben, dass eine erstmalige Abrechnung erst nach dem 1. Januar möglich ist, sind bis zum Inkrafttreten der neuen Entgeltkataloge die bisher geltenden Fallpauschalen oder Zusatzentgelte weiter abzurechnen.

(2) Die für das Kalenderjahr krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Entgelte werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben; dies gilt nicht, wenn

1. ein bisher krankenhaushausindividuell vereinbartes Entgelt ab dem 1. Januar nicht mehr abgerechnet werden darf, weil die Leistung durch ein bundeseinheitlich bewertetes Entgelt aus den neuen Entgeltkatalogen vergütet wird, oder

2. die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen festlegen, dass hilfsweise ein anderes Entgelt abzurechnen ist.

Sie sind jedoch um die darin enthaltenen Ausgleichsbeträge zu bereinigen, wenn und soweit dies in der bisherigen Vereinbarung oder Festsetzung so bestimmt worden ist.

(2a) Kann der krankenhaushausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wie folgt zu multiplizieren:1.

bis zum 31. März 2020 mit 146,55 Euro,

2.vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 mit 185 Euro und

3. ab dem 1. Januar 2021 mit 163,09 Euro.

Für krankenhaushausindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 abweichend von Absatz 2 Satz 3 die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist. Führt die Erhebung des Pflegeentgeltwerts nach Satz 1

1. zu einer Unterdeckung der Pflegepersonalkosten, gilt Absatz 3 entsprechend,

2. zu einer Überdeckung der Pflegepersonalkosten verbleiben die Mittel aus dem Pflegeentgeltwert dem Krankenhaus und es sind für das Jahr 2020 keine Ausgleichszahlungen zu leisten; § 6a Absatz 2 Satz 3 und Absatz 5 finden für das Jahr 2020 keine Anwendung, für die Jahre ab 2021 gilt Absatz 3 entsprechend.

(3) Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung des bisherigen Landesbasisfallwerts und bisheriger Entgelte nach den Absätzen 1 und 2 werden grundsätzlich

im restlichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen. Der Ausgleichsbetrag wird im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abgerechnet.

§ 17 Wahlleistungen

(1) Neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt oder einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes erbracht werden. Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für nichtärztliche Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben.

(2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluss der Vereinbarung schriftlich über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten. Die Art der Wahlleistungen ist der zuständigen Landesbehörde zusammen mit dem Genehmigungsantrag nach § 14 mitzuteilen.

(3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhaus umgehend die zur Ermittlung der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhaus die Möglichkeit einzuräumen, die Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhaus durchgeführt, leitet dieses die Vergütung nach Abzug der

anteiligen Verwaltungskosten und der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Personenbezogene Daten dürfen an eine beauftragte Abrechnungsstelle außerhalb des Krankenhauses nur mit Einwilligung des Betroffenen, die jederzeit widerrufen werden kann, übermittelt werden. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt.

(4) Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden.

(5) Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, müssen die Wahlleistungsentgelte mindestens die dafür nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, 5 und 7 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung abzuziehenden Kosten decken.

§ 18 Belegärzte

(1) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Leistungen des Belegarztes sind

1. seine persönlichen Leistungen,
2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,
3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

(2) Für Belegpatienten werden gesonderte pauschalisierte Pflegesätze nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart, für das Entgeltsystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes frühestens für das Jahr 2017. Soweit für Belegpatientinnen und -patienten gesonderte Entgelte nach Satz 1 nicht oder noch nicht vereinbart wurden, werden gesonderte sonstige Entgelte nach § 6 oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung vereinbart.

(3) Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für

Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab. Bei diesen Krankenhäusern ist bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen.

9. Auszug aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz

In der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt durch Artikel 8a Digital-G vom 22.3.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert

§ 17b

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen gilt ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem, soweit Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie sind für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen abgestuft vorzugeben. Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei vollund teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung durchzuführen. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 vereinbart werden. Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; unabhängig davon, ob die Leistungen mit den Entgeltkatalogen sachgerecht vergütet werden, ist bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend. Entstehen bei Patientinnen oder

Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen. Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29. Februar 2016 zu entwickeln.

(1a) Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für

1. die Notfallversorgung,
2. die besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes,
3. die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität,
4. die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen,
5. befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
6. die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen,
7. die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 der Bundespflegesatzverordnung,
8. den Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6,
9. den Aufwand, der den verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen im Sinne des § 2 Nummer 5 Buchstabe a des Implantateregistergesetzes auf Grund ihrer Pflichten nach den §§ 16 und 17 Absatz 1 des Implantateregistergesetzes sowie den §§ 18, 20, 24 und 25 des Implantateregistergesetzes und für die zu zahlenden Entgelte nach § 33 Absatz 1 Nummer 1 des Implantateregistergesetzes entsteht.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1, 1a und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an

medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen; insbesondere wirken sie mit den Abrechnungsbestimmungen darauf hin, dass die Voraussetzungen, unter denen bei Wiederaufnahme von Patientinnen und Patienten eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen sind, dem Wirtschaftlichkeitsgebot hinreichend Rechnung tragen. Die Prüfungsergebnisse nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu beachten. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind; dies gilt entsprechend für einen Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Die betroffenen Fachgesellschaften und, soweit deren Belange berührt sind, die Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und der Industrie für Medizinprodukte erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme. Für die gemeinsame Beschlussfassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zwei Stimmen und der Verband der privaten Krankenversicherung eine Stimme. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Die Vertragsparteien veröffentlichen in geeigneter Weise die Ergebnisse der Kostenerhebungen und Kalkulationen; die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. Juni 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene (Bewertungsverfahren), insbesondere der zu Grunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene. Die Vertragsparteien vereinbaren die Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1a. Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert. Auf der Grundlage eines vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu entwickelnden Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulation nach Satz 3 und deren Weiterentwicklung. Als Bestandteil des Konzepts haben die Vertragsparteien geeignete Maßnahmen zu seiner Umsetzung zu vereinbaren; dabei können sie insbesondere bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichten und Maßnahmen ergreifen, um die Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten zu gewährleisten und um die Richtigkeit der übermittelten Daten umfassend überprüfen zu können. Widerspruch und Klage gegen die Verpflichtung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren und dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Sätzen 1 und 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerrelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll oder teilstationärem Belegungstag auszuweisen und den Katalog jährlich weiterzuentwickeln. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung sowie zu den Teilnahme und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31. August 2021 einen Zwischenbericht und zum 31. August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.

(5) Zur Finanzierung der ihnen übertragenen Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 4 sowie § 10 Abs. 2 und § 17d vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1

1. einen Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall, mit dem die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems finanziert werden (DRG-Systemzuschlag); der Zuschlag dient der Finanzierung insbesondere der Entwicklung der DRG-Klassifikation und der Kodierregeln, der Ermittlung der Bewertungsrelationen, der Bewertung der Zu- und Abschläge, der Ermittlung der Richtwerte nach § 17a Abs. 4b, von pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation und der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die

- Aufgaben durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wahrnehmen lassen oder das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet,
2. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die durch den Systemzuschlag erhobenen Finanzierungsbeträge ausschließlich zur Umsetzung der in diesem Absatz genannten Aufgaben verwendet werden,
 3. das Nähere zur Weiterleitung der entsprechenden Einnahmen der Krankenhäuser an die Vertragsparteien,
 4. kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.

Die Vertragsparteien vereinbaren pauschalisierte Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation, die einen wesentlichen Teil der zusätzlich entstehenden Kosten umfassen sollen; sie sollen als fester Grundbetrag je Krankenhaus und ergänzend als Finanzierung in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Über die Teilnahme des einzelnen Krankenhauses entscheiden prospektiv die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf Grund der Qualität des Rechnungswesens oder der Notwendigkeit der zu erhebenden Daten; ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht. Für die Vereinbarungen gilt Absatz 2 Satz 6 entsprechend. Ein Einsatz der Finanzmittel zur Deckung allgemeiner Haushalte der Vertragsparteien oder zur Finanzierung herkömmlicher Verbandsaufgaben im Zusammenhang mit dem Vergütungssystem ist unzulässig. Die vom Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung nach Absatz 7 veranlassten Kosten für die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems sind von den Selbstverwaltungspartnern unverzüglich aus den Finanzmitteln nach Satz 1 zu begleichen; die Entscheidungen verantwortet das Bundesministerium. Der DRG-Systemzuschlag ist von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen oder einer Fallpauschale in Rechnung zu stellen; er ist an die Vertragsparteien oder eine von ihnen benannte Stelle abzuführen. Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch § 10 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 10 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung; er geht nicht in den Gesamtbetrag und die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein.

(6) (weggefallen)

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem einschließlich Vorschriften über die Pflegepersonalkostenvergütung nach Absatz 4 zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten,

2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei nach Ablauf vorher vorgegebener Fristen für Arbeitsschritte zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems einschließlich der Pflegepersonalkostenvergütung nach Absatz 4 und die jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen,
3. Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 9 und 10 zu bestimmen, die mit dem DRGVergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden,
4. unter den Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 Richtwerte nach § 17a Abs. 4b zur Finanzierung der Ausbildungskosten vorzugeben.

Von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 kann abgewichen werden, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist verpflichtet, dem Bundesministerium zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Das Bundesministerium kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 Satz 4 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.

(7a) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Unterlagen, die von den Krankenhäusern für die Budgetverhandlungen vorzulegen sind, zu erlassen.

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch; dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Sie schreiben dazu Forschungsaufträge aus und beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRGSystemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

(9) (weggefallen)

(10) Über die nach Absatz 1 Satz 11 vorzunehmende vertiefte Prüfung von Kostenausreißern hinausgehend beauftragen die Vertragsparteien nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2013 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Festlegung von Kriterien zur Ermittlung

von Kostenausreißern und einer auf dieser Grundlage erfolgenden systematischen Prüfung, in welchem Umfang Krankenhäuser mit Kostenausreißern belastet sind. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelt ein Regelwerk für Fallprüfungen bei Krankenhäusern, die an der DRG-Kalkulation teilnehmen. Zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern über den Kalkulationsdatensatz hinausgehende detaillierte fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten zu erheben. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Prüfergebnisse jährlich im Rahmen eines Extremkostenberichts, erstmals bis zum 31. Dezember 2014. In dem Bericht sind auch die Gründe von Kostenausreißerfällen und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern darzulegen. Auf der Grundlage des Berichts sind geeignete Regelungen für eine sachgerechte Vergütung von Kostenausreißern im Rahmen des Entgeltsystems zu entwickeln und durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 zu vereinbaren.

§ 17d

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Kosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kalkuliert, die ab dem 1. Januar 2020 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen erfüllen sollen; § 17b Absatz 3 Satz 4 bis 6 ist entsprechend anzuwenden. Soweit an der Kalkulation teilnehmende Einrichtungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen nicht erfüllen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 eine geeignete Übergangsfrist zu bestimmen. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur

Zahl der Personalstellen erfolgen. Für die Dauer einer Übergangsfrist nach Satz 8 gelten die bisherigen Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Personalausstattung weiter.

(2) Mit den Entgelten nach Absatz 1 werden die voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 3 Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Entgelte für Leistungen, die auf Bundesebene nicht bewertet worden sind, werden durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart. Die Vorgaben des § 17b Absatz 1a für Zu- und Abschläge gelten entsprechend. Für die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen gelten § 17b Absatz 1a Nummer 6 und § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend. Im Rahmen von Satz 4 ist auch die Vereinbarung von Regelungen für Zu- oder Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung zu prüfen.

(3) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren nach den Vorgaben der Absätze 1, 2 und 4 das Entgeltsystem, seine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. Es ist ein gemeinsames Entgeltsystem zu entwickeln; dabei ist von den Daten nach Absatz 9 und für Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, zusätzlich von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung auszugehen. Mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben beauftragen die Vertragsparteien das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. § 17b Abs. 2 Satz 2 bis 8 ist entsprechend anzuwenden. Zusätzlich ist der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen zu geben, soweit psychotherapeutische und psychosomatische Fragen betroffen sind.

(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Nach Maßgabe der Sätze 3 bis 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Absatz 2. Das Vergütungssystem wird bis zum 1. Januar 2017 auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Verbindlich für alle Krankenhäuser wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2018 eingeführt. Bis Ende des Jahres 2019 wird das Vergütungssystem für die Krankenhäuser budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2020 sind der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 anzupassen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die

ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie über die Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.

(5) Für die Finanzierung der den Vertragsparteien auf Bundesebene übertragenen Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzierungsmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten;
2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei nach Ablauf vorher vorgegebener Fristen für Arbeitsschritte zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen;
3. Leistungen nach Absatz 2 Satz 3 zu bestimmen, die mit dem neuen Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 3 abweichen, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Es kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Es ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 3 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 7 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Unterlagen, die von den Krankenhäusern für die Budgetverhandlungen vorzulegen sind, zu erlassen.

(8) Die Vertragsparteien auf Bundesebene führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der

Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. § 17b Abs. 8 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2017 zu veröffentlichen.

(9) Für Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten nach seinem Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 Buchstabe a bis h zu übermitteln sind. Zusätzlich ist von Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 und 2 der Psychiatrie-Personalverordnung zu übermitteln; für die zugrunde liegende Dokumentation reicht eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs aus.

10. Auszug aus der Bundespflegesatzverordnung

Vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert

§ 2

Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus oder durch das Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehört eine Dialyse.

(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.

§ 16

Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

Die Berechnung belegärztlicher Leistungen richtet sich nach § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen auch für stationsäquivalente Behandlung richten sich nach den §§ 17 und 19 des Krankenhausentgeltgesetzes.

11. Auszug aus dem Einkommensteuergesetz

In der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), zuletzt geändert durch Artikel 8 Absatz 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2730)

§ 2

Umfang der Besteuerung, Begriffsbestimmungen

(1) Der Einkommensteuer unterliegen

1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
2. Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
3. Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
4. Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
5. Einkünfte aus Kapitalvermögen,
6. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
7. sonstige Einkünfte im Sinne des § 22,

die der Steuerpflichtige während seiner unbeschränkten Einkommensteuerpflicht oder als inländische Einkünfte während seiner beschränkten Einkommensteuerpflicht erzielt. Zu welcher Einkunftsart die Einkünfte im einzelnen Fall gehören, bestimmt sich nach den §§ 13 bis 24.

(2) Einkünfte sind

1. bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k und 13a),
2. bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten (§§ 8 bis 9a).

Bei Einkünften aus Kapitalvermögen tritt § 20 Absatz 9 vorbehaltlich der Regelung in § 32d Absatz 2 an die Stelle der §§ 9 und 9a.

(3) Die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug nach § 13 Absatz 3, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte.

(4) Der Gesamtbetrag der Einkünfte, vermindert um die Sonderausgaben und die außergewöhnlichen Belastungen, ist das Einkommen.

(5) Das Einkommen, vermindert um die Freibeträge nach § 32 Absatz 6 und um die sonstigen vom Einkommen abzuziehenden Beträge, ist das zu versteuernde Einkommen; dieses bildet die Bemessungsgrundlage für die tarifliche Einkommensteuer. Knüpfen andere Gesetze an den Begriff des zu versteuernden Einkommens an, ist für deren Zweck das Einkommen in allen Fällen des § 32 um die Freibeträge nach § 32 Absatz 6 zu vermindern.

(5a) Knüpfen außersteuerliche Rechtsnormen an die in den vorstehenden Absätzen definierten Begriffe (Einkünfte, Summe der Einkünfte, Gesamtbetrag der Einkünfte, Einkommen, zu versteuerndes Einkommen) an, erhöhen sich für deren Zwecke diese Größen um die nach § 32d Absatz 1 und nach § 43 Absatz 5 zu besteuerten Beträge sowie um die nach § 3 Nummer 40 steuerfreien Beträge und mindern sich um die nach § 3c Absatz 2 nicht abziehbaren Beträge. Knüpfen außersteuerliche Rechtsnormen an die in den Absätzen 1 bis 3 genannten Begriffe (Einkünfte, Summe der Einkünfte, Gesamtbetrag der Einkünfte) an, mindern sich für deren Zwecke diese Größen um die nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 abziehbaren Kinderbetreuungskosten.

(5b) Soweit Rechtsnormen dieses Gesetzes an die in den vorstehenden Absätzen definierten Begriffe (Einkünfte, Summe der Einkünfte, Gesamtbetrag der Einkünfte, Einkommen, zu versteuerndes Einkommen) anknüpfen, sind Kapitalerträge nach § 32d Absatz 1 und § 43 Absatz 5 nicht einzubeziehen.

(6) Die tarifliche Einkommensteuer, vermindert um die anzurechnenden ausländischen Steuern und die Steuerermäßigungen, vermehrt um die Steuer nach § 32d Absatz 3 und 4, die Steuer nach § 34c Absatz 5 und den Zuschlag nach § 3 Absatz 4 Satz 2 des Forstschäden-Ausgleichsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. August 1985 (BGBl. I S. 1756), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2794) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, ist die festzusetzende Einkommensteuer. Wurde der Gesamtbetrag der Einkünfte in den Fällen des § 10a Absatz 2 um Sonderausgaben nach § 10a Absatz 1 gemindert, ist für die Ermittlung der festzusetzenden Einkommensteuer der Anspruch auf Zulage nach Abschnitt XI der tariflichen Einkommensteuer hinzuzurechnen; bei der Ermittlung der dem Steuerpflichtigen zustehenden Zulage bleibt die Erhöhung der Grundzulage nach § 84 Satz 2 außer Betracht. Wird das Einkommen in den Fällen des § 31 um die Freibeträge nach § 32 Absatz 6 gemindert, ist der Anspruch auf Kindergeld nach Abschnitt X der tariflichen Einkommensteuer hinzuzurechnen.

(7) Die Einkommensteuer ist eine Jahressteuer. Die Grundlagen für ihre Festsetzung sind jeweils für ein Kalenderjahr zu ermitteln. Besteht während eines Kalenderjahres sowohl unbeschränkte als auch beschränkte Einkommensteuerpflicht, so sind die während der

beschränkten Einkommensteuerpflicht erzielten inländischen Einkünfte in eine Veranlagung zur unbeschränkten Einkommensteuerpflicht einzubeziehen.

(8) Die Regelungen dieses Gesetzes zu Ehegatten und Ehen sind auch auf Lebenspartner und Lebenspartnerschaften anzuwenden.

§ 32 Kinder, Freibeträge für Kinder

(1) Kinder sind

1. im ersten Grad mit dem Steuerpflichtigen verwandte Kinder,

2. Pflegekinder (Personen, mit denen der Steuerpflichtige durch ein familienähnliches, auf längere Dauer berechnetes Band verbunden ist, sofern er sie nicht zu Erwerbszwecken in seinen Haushalt aufgenommen hat und das Obhuts- und Pflegeverhältnis zu den Eltern nicht mehr besteht).

(2) ¹Besteht bei einem angenommenen Kind das Kindschaftsverhältnis zu den leiblichen Eltern weiter, ist es vorrangig als angenommenes Kind zu berücksichtigen. ²Ist ein im ersten Grad mit dem Steuerpflichtigen verwandtes Kind zugleich ein Pflegekind, ist es vorrangig als Pflegekind zu berücksichtigen.

(3) Ein Kind wird in dem Kalendermonat, in dem es lebend geboren wurde, und in jedem folgenden Kalendermonat, zu dessen Beginn es das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, berücksichtigt.

(4) ¹Ein Kind, das das 18. Lebensjahr vollendet hat, wird berücksichtigt, wenn es

1. noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet hat, nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht und bei einer Agentur für Arbeit im Inland als Arbeitsuchender gemeldet ist oder

2. noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet hat und

a) für einen Beruf ausgebildet wird oder

b) sich in einer Übergangszeit von höchstens vier Monaten befindet, die zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder zwischen einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes, einer vom Wehr- oder Zivildienst befreienden Tätigkeit als Entwicklungshelfer oder als Dienstleistender im Ausland nach § 14b des Zivildienstgesetzes oder der Ableistung des freiwilligen Wehrdienstes nach § 58b des Soldatengesetzes oder der Ableistung eines freiwilligen Dienstes im Sinne des Buchstaben d liegt, oder

c) eine Berufsausbildung mangels Ausbildungsplatzes nicht beginnen oder fortsetzen kann oder

d) ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder eine Freiwilligenaktivität im Rahmen des Europäischen Solidaritätskorps im Sinne der Verordnung (EU) Nr. 2018/1475 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 2. Oktober 2018 zur Festlegung des rechtlichen Rahmens des Europäischen Solidaritätskorps sowie zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 1288/2013 und der Verordnung (EU) Nr. 1293/2013 sowie des Beschlusses Nr. 1313/2013/EU (ABl. L 250 vom 4.10.2018, S. 1) oder einen anderen Dienst im Ausland im Sinne von § 5 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes oder einen entwicklungspolitischen Freiwilligendienst „weltwärts“ im Sinne der Förderleitlinie des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom 1. Januar 2016 oder einen Freiwilligendienst aller Generationen im Sinne von § 2 Absatz 1a des Siebten Buches Sozialgesetzbuch oder einen Internationalen Jugendfreiwilligendienst im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 25. Mai 2018 (GMBI S. 545) oder einen Bundesfreiwilligendienst im Sinne des Bundesfreiwilligendienstgesetzes leistet oder

3. wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten ist. ²Nach Abschluss einer erstmaligen Berufsausbildung oder eines Erststudiums wird ein Kind in den Fällen des Satzes 1 Nummer 2 nur berücksichtigt, wenn das Kind keiner Erwerbstätigkeit nachgeht. ³Eine Erwerbstätigkeit mit bis zu 20 Stunden regelmäßiger wöchentlicher Arbeitszeit, ein Ausbildungsdienstverhältnis oder ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis im Sinne der §§ 8 und 8a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sind unschädlich.

(5) ¹In den Fällen des Absatzes 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 Buchstabe a und b wird ein Kind, das

1. den gesetzlichen Grundwehrdienst oder Zivildienst geleistet hat, oder

2. sich anstelle des gesetzlichen Grundwehrdienstes freiwillig für die Dauer von nicht mehr als drei Jahren zum Wehrdienst verpflichtet hat, oder

3. eine vom gesetzlichen Grundwehrdienst oder Zivildienst befreiende Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes ausgeübt hat, für einen der Dauer dieser Dienste oder der Tätigkeit entsprechenden Zeitraum, höchstens für die Dauer des inländischen gesetzlichen Grundwehrdienstes oder bei anerkannten Kriegsdienstverweigerern für die Dauer des inländischen gesetzlichen Zivildienstes über das 21. oder 25. Lebensjahr hinaus berücksichtigt. ²Wird der gesetzliche Grundwehrdienst oder Zivildienst in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Staat, auf den das

Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum Anwendung findet, geleistet, so ist die Dauer dieses Dienstes maßgebend. ³Absatz 4 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(6) ¹Bei der Veranlagung zur Einkommensteuer wird für jedes zu berücksichtigende Kind des Steuerpflichtigen ein Freibetrag von 2 730 Euro für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag) sowie ein Freibetrag von 1 464 Euro für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes vom Einkommen abgezogen. ²Bei Ehegatten, die nach den §§ 26, 26b zusammen zur Einkommensteuer veranlagt werden, verdoppeln sich die Beträge nach Satz 1, wenn das Kind zu beiden Ehegatten in einem Kindschaftsverhältnis steht. ³Die Beträge nach Satz 2 stehen dem Steuerpflichtigen auch dann zu, wenn

1. der andere Elternteil verstorben oder nicht unbeschränkt einkommensteuerpflichtig ist oder

2. der Steuerpflichtige allein das Kind angenommen hat oder das Kind nur zu ihm in einem Pflegekindschaftsverhältnis steht.

⁴Für ein nicht nach § 1 Absatz 1 oder 2 unbeschränkt einkommensteuerpflichtiges Kind können die Beträge nach den Sätzen 1 bis 3 nur abgezogen werden, soweit sie nach den Verhältnissen seines Wohnsitzstaates notwendig und angemessen sind. ⁵Für jeden Kalendermonat, in dem die Voraussetzungen für einen Freibetrag nach den Sätzen 1 bis 4 nicht vorliegen, ermäßigen sich die dort genannten Beträge um ein Zwölftel. ⁶Abweichend von Satz 1 wird bei einem unbeschränkt einkommensteuerpflichtigen Elternpaar, bei dem die Voraussetzungen des § 26 Absatz 1 Satz 1 nicht vorliegen, auf Antrag eines Elternteils der dem anderen Elternteil zustehende Kinderfreibetrag auf ihn übertragen, wenn er, nicht jedoch der andere Elternteil, seiner Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind für das Kalenderjahr im Wesentlichen nachkommt oder der andere Elternteil mangels Leistungsfähigkeit nicht unterhaltspflichtig ist; die Übertragung des Kinderfreibetrags führt stets auch zur Übertragung des Freibetrags für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf. ⁷Eine Übertragung nach Satz 6 scheidet für Zeiträume aus, für die Unterhaltsleistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz gezahlt werden. ⁸Bei minderjährigen Kindern wird der dem Elternteil, in dessen Wohnung das Kind nicht gemeldet ist, zustehende Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf auf Antrag des anderen Elternteils auf diesen übertragen, wenn bei dem Elternpaar die Voraussetzungen des § 26 Absatz 1 Satz 1 nicht vorliegen. ⁹Eine Übertragung nach Satz 8 scheidet aus, wenn der Übertragung widersprochen wird, weil der Elternteil, bei dem das Kind nicht gemeldet ist, Kinderbetreuungskosten trägt oder das Kind regelmäßig in einem nicht unwesentlichen Umfang betreut. ¹⁰Die den Eltern nach den Sätzen 1 bis 9 zustehenden Freibeträge können auf Antrag auch auf einen Stiefelternteil oder Großelternteil übertragen werden, wenn dieser das Kind in seinen Haushalt aufgenommen hat oder dieser einer Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind unterliegt. ¹¹Die Übertragung nach Satz 10 kann auch mit Zustimmung des berechtigten Elternteils erfolgen, die nur für künftige Kalenderjahre widerrufen werden kann.

12. Auszug aus dem Ersten Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil

(Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zuletzt durch Artikel 4 OZG-Änderungsgesetz vom 19.7.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 245) geändert

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,

2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,

3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder

2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder

3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,

2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder

3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

13. Auszug aus dem Vierten Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

In der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), zuletzt durch Artikel 1, 2 und 8 SGB IV-ÄndG vom 20.12.2022 (BGBl. I S. 2759) geändert

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag. Für die Zeit ab 1. Januar 2025 ist eine Bezugsgröße (Ost) nicht mehr zu bestimmen.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

14. Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung

(Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt durch Artikel 6 MedizinforschungsG vom 23.10.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) geändert

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung,

die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,

4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,

8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze rechtfertigen,

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,

11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,

11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch

a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder

b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war, erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenanspruchs privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,

12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht

mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte. Auf die nach Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet. Eine Anrechnung erfolgt nicht für

1. ein Adoptivkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat, oder

2. ein Stiefkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(4a) Die folgenden Personen stehen Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 1 gleich:

1. Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden,

2. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dualen Studiengängen und

3. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Ausbildungen mit Abschnitten des schulischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung, für die ein Ausbildungsvertrag und Anspruch auf Ausbildungsvergütung besteht (praxisintegrierte Ausbildungen).

Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer zuletzt vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit. Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 bis 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt

entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches, dem Teil 2 des Neunten Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) nicht belegt

(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein

Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

§ 10 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst

nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie als Menschen mit Behinderungen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält oder in seinen Haushalt aufgenommen hat, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

Drittes Kapitel Leistungen der Krankenversicherung

Erster Abschnitt Übersicht über die Leistungen

§ 11 Leistungsarten

- (1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen
1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i),
 2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
 3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
 4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
 5. des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches.

(2) Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.

(3) Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Ist bei stationärer Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung jedoch nicht möglich, kann die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses oder der Vorsorgeoder Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art und Dauer der Leistungen für eine Unterbringung nach Satz 2 nach pflichtgemäßem Ermessen; die Kosten dieser Leistungen dürfen nicht höher sein als die für eine Mitaufnahme der Begleitperson in die stationäre Einrichtung nach Satz 1 anfallenden Kosten.

(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach § 140a nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen

Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

(5) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Dies gilt auch in Fällen des § 12a des Siebten Buches.

(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

Zweiter Abschnitt Gemeinsame Vorschriften

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

§ 13 Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet.

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter

Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

§ 20i Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes, dies gilt unabhängig davon, ob sie auch entsprechende

Ansprüche gegen andere Kostenträger haben. Satz 1 gilt für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Auslandsaufenthalt indiziert sind, nur dann, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich oder durch eine Ausbildung bedingt ist oder wenn zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nicht fristgemäß zustande, dürfen insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe vorsehen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung der Ständigen Impfkommission und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Versicherte Anspruch auf weitere bestimmte Schutzimpfungen oder auf bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe haben. Das Bundesministerium für Gesundheit wird, sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass

1. Versicherte Anspruch auf

a) bestimmte Schutzimpfungen oder auf bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe haben, im Fall einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 insbesondere dann, wenn sie aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes ein signifikant erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben, wenn sie solche Personen behandeln, betreuen oder pflegen oder wenn sie zur Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen, Kritischer Infrastrukturen oder zentraler Bereiche der Daseinsvorsorge eine Schlüsselstellung besitzen,

b) bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit einem bestimmten Krankheitserreger oder auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen diesen Krankheitserreger haben,

c) bestimmte Schutzmasken haben, wenn sie zu einer in der Rechtsverordnung festzulegenden Risikogruppe mit einem signifikant erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gehören,

2. Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, Anspruch auf Leistungen nach Nummer 1 haben.

Der Anspruch nach Satz 2 kann auf bestimmte Teilleistungen beschränkt werden; er umfasst auch die Ausstellung einer Impf- und Testdokumentation sowie von COVID-19-Zertifikaten nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 ein Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 festgelegt wird, kann zugleich im Fall beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen eine Priorisierung der Anspruchsberechtigten nach Personengruppen festgelegt werden; die in § 20 Absatz 2a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes genannten Impfziele sind dabei zu berücksichtigen. Als Priorisierungskriterien kommen insbesondere das Alter der Anspruchsberechtigten, ihr Gesundheitszustand, ihr behinderungs-, tätigkeits- oder aufenthaltsbedingtes SARS-CoV-2-Expositionsrisiko sowie ihre Systemrelevanz in zentralen staatlichen Funktionen, Kritischen Infrastrukturen oder zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge in Betracht. Ein Anspruch nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b besteht nicht, wenn die betroffene Person bereits einen Anspruch auf die in Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b genannten Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für diese Leistungen hätte. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c ein Anspruch auf Schutzmasken festgelegt wird, ist das Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen herzustellen und kann eine Zuzahlung durch den berechtigten Personenkreis vorgesehen werden. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 ein Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auch für Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, festgelegt wird, beteiligen sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen anteilig in Höhe von 7 Prozent an den Kosten, soweit diese nicht von Bund oder Ländern getragen werden. Die Rechtsverordnung nach Satz 2 ist nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu erlassen. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 ein Anspruch auf Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe festgelegt wird, ist vor ihrem Erlass auch die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut anzuhören. Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 ein Anspruch auf Schutzmasken festgelegt wird, ist vor ihrem Erlass auch der Deutsche Apothekerverband anzuhören. Sofern die Rechtsverordnung nach Satz 2 Regelungen für Personen enthält, die privat krankenversichert sind, ist vor Erlass der Rechtsverordnung auch der Verband der Privaten Krankenversicherung anzuhören. In der Rechtsverordnung nach Satz 2 kann auch das Nähere geregelt werden

1. zu den Voraussetzungen, zur Art und zum Umfang der Leistungen nach Satz 2 Nummer 1,

2. zu den zur Erbringung der in Satz 2 genannten Leistungen berechtigten Leistungserbringern, einschließlich der für die Leistungserbringung eingerichteten Testzentren

und Impfzentren, zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen und Kosten sowie zum Zahlungsverfahren,

3. zur Organisation der Versorgung einschließlich der Mitwirkungspflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei der Versorgung mit den in Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a genannten Leistungen,

4. zur vollständigen oder anteiligen Finanzierung der Leistungen und Kosten aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds,

5. zur anteiligen Kostentragung durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach Satz 8, insbesondere zum Verfahren und zu den Zahlungsmodalitäten, und

6. zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten insbesondere an das Robert Koch-Institut über die aufgrund der Rechtsverordnung durchgeführten Maßnahmen. Im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2021 werden aufgrund von Rechtsverordnungen nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und b, auch in Verbindung mit Nummer 2, sowie Satz 13 Nummer 4 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlte Beträge aus Bundesmitteln erstattet, soweit die Erstattung nicht bereits gemäß § 12a des Haushaltsgesetzes 2021 erfolgt. Soweit Leistungen nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden, sind diese aus Bundesmitteln zu erstatten; in den Rechtsverordnungen nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und b, auch in Verbindung mit Nummer 2, kann eine Erstattung aus Bundesmitteln für weitere Leistungen nach Satz 2 geregelt werden. Eine aufgrund des Satzes 2 erlassene Rechtsverordnung tritt spätestens ein Jahr nach der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes außer Kraft. Bis zu ihrem Außerkrafttreten kann eine Verordnung nach Satz 2 auch nach Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geändert werden. Soweit und solange eine auf Grund des Satzes 1 oder des Satzes 2 erlassene Rechtsverordnung in Kraft ist, hat der Gemeinsame Bundesausschuss, soweit die Ständige Impfkommission Empfehlungen für Schutzimpfungen abgegeben hat, auf die ein Anspruch nach der jeweiligen Rechtsverordnung besteht, in Abweichung von Absatz 1 Satz 5 Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang von diesen Schutzimpfungen nach Absatz 1 Satz 3 für die Zeit nach dem Außerkrafttreten der jeweiligen Rechtsverordnung in Richtlinien nach § 92 zu bestimmen; die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen dürfen nach Außerkrafttreten der Rechtsverordnung so lange erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.

(4) Soweit Versicherte Anspruch auf Leistungen für Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 3 haben, schließt dieser Anspruch die Bereitstellung einer Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes ein. Die Krankenkassen können die Versicherten in geeigneter Form über fällige Schutzimpfungen und über andere Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3, auf die sie einen Anspruch auf Leistungen haben, versichertenbezogen informieren.

(5) Die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen in dem Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2021 nach Absatz 3 Satz 8 und 13 Nummer 5 getragenen Kosten werden aus Bundesmitteln an den Verband der Privaten Krankenversicherung erstattet. Der Verband der Privaten Krankenversicherung teilt dem Bundesministerium für Gesundheit die nach Satz 1 zu erstattenden Beträge bis zum 30. November 2021 für den Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 30. November 2021 und bis zum 31. März 2022 für den Zeitraum vom 1. Dezember 2021 bis zum 31. Dezember 2021 mit. Die Beträge nach Satz 2 sind binnen der in Satz 2 genannten Fristen durch den Verband der Privaten Krankenversicherung durch Vorlage der von den Ländern an den Verband der Privaten Krankenversicherung gestellten Rechnungen und der Zahlungsbelege über die vom Verband der Privaten Krankenversicherung an die Länder geleisteten Zahlungen nachzuweisen. Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Verband der Privaten Krankenversicherung nach dem Zugang der Mitteilung nach Satz 2 und der Vorlage der Nachweise nach Satz 3 die mitgeteilten Beträge. Der Verband der Privaten Krankenversicherung erstattet die vom Bundesministerium für Gesundheit erstatteten Beträge an die privaten Krankenversicherungsunternehmen.

§ 25 Gesundheitsuntersuchungen

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e. V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,

2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,

3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.

(4) Die Untersuchungen nach Absatz 1 und 2 sollen, soweit berufsrechtlich zulässig, zusammen angeboten werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 3. Ferner bestimmt er für die Untersuchungen die Zielgruppen, Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2. Im Übrigen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum 31. Juli 2018 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten. Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.

(4a) Legt das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit in einer Rechtsverordnung nach § 84 Absatz 2 des Strahlenschutzgesetzes die Zulässigkeit einer Früherkennungsuntersuchung fest, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 beschlossen hat, prüft der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von 18 Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung, ob die Früherkennungsuntersuchung nach Absatz 1 oder Absatz 2 zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen ist und regelt gegebenenfalls das Nähere nach Absatz 3 Satz 2 und 3. Gelangt der Gemeinsame Bundesausschuss zu der Feststellung, dass der Nutzen der neuen Früherkennungsuntersuchung noch nicht hinreichend belegt ist, so hat er in der Regel eine Richtlinie nach § 137e zu beschließen.

(5) In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ferner zu regeln, dass die Durchführung von Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig ist, wenn es zur Sicherung der Qualität der Untersuchungen geboten ist, dass Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken oder die teilnehmenden Ärzte eine Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder besondere

technische Einrichtungen vorgehalten werden oder dass besonders qualifiziertes nichtärztliches Personal mitwirkt. Ist es erforderlich, dass die teilnehmenden Ärzte eine hohe Mindestzahl von Untersuchungen durchführen oder dass bei der Leistungserbringung Ärzte mehrerer Fachgebiete zusammenwirken, legen die Richtlinien außerdem Kriterien für die Bemessung des Versorgungsbedarfs fest, so dass eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung gewährleistet ist. Die Auswahl der Ärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt auf der Grundlage der Bewertung ihrer Qualifikation und der geeigneten räumlichen Zuordnung ihres Praxissitzes für die Versorgung im Rahmen eines in den Richtlinien geregelten Ausschreibungsverfahrens. Die Genehmigung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen kann befristet und mit für das Versorgungsziel notwendigen Auflagen erteilt werden.

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

(2) § 25 Absatz 3 gilt entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen nach Absatz 1 sowie über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 25 Absatz 3. Ferner bestimmt er die Altersgrenzen und die Häufigkeit dieser Untersuchungen. In der ärztlichen Dokumentation über die Untersuchungen soll auf den Impfstatus in Bezug auf Masern und auf eine durchgeführte Impfberatung hingewiesen werden, um einen Nachweis im Sinne von § 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und § 34 Absatz 10a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu ermöglichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 3. Er regelt insbesondere das Nähere zur Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies.

(3) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen.

§ 35 Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen,

2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,

3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen, zusammengefaßt werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. Bei der Bildung von Gruppen nach Satz 1 soll bei Arzneimitteln mit Wirkstoffen zur Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten (Antibiotika) die Resistenzsituation berücksichtigt werden. Arzneimittel, die als Reserveantibiotika für die Versorgung von Bedeutung sind, können von der Bildung von Gruppen nach Satz 1 ausgenommen werden. Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, daß Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; insbesondere können altersgerechte Darreichungsformen für Kinder berücksichtigt werden. Ausgenommen von den nach Satz 2 Nummer 2 und 3 gebildeten Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist oder die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Gruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt auch die nach Absatz 3 notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen. Für die Vorbereitung der Beschlüsse nach Satz 1 durch die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt § 106 Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss Dritte beauftragt, hat er zu gewährleisten, dass diese ihre Bewertungsgrundsätze und die Begründung für ihre Bewertungen einschließlich der verwendeten Daten offen legen. Die Namen beauftragter Gutachter dürfen nicht genannt werden.

(1a) (weggefallen)

(1b) Eine therapeutische Verbesserung nach Absatz 1 Satz 6 liegt vor, wenn das Arzneimittel einen therapierelevanten höheren Nutzen als andere Arzneimittel dieser Wirkstoffgruppe hat und deshalb als zweckmäßige Therapie regelmäßig oder auch für relevante Patientengruppen oder Indikationsbereiche den anderen Arzneimitteln dieser Gruppe vorzuziehen ist. Bewertungen nach Satz 1 erfolgen für gemeinsame Anwendungsgebiete der Arzneimittel der Wirkstoffgruppe. Ein höherer Nutzen nach Satz 1 kann auch eine Verringerung der Häufigkeit oder des Schweregrads therapierelevanter Nebenwirkungen sein. Der Nachweis einer therapeutischen Verbesserung erfolgt aufgrund der Fachinformationen und durch Bewertung von klinischen Studien nach methodischen Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin, soweit diese Studien allgemein verfügbar sind oder gemacht werden und ihre Methodik internationalen Standards entspricht. Vorrangig sind klinische Studien, insbesondere direkte Vergleichsstudien mit anderen Arzneimitteln dieser Wirkstoffgruppe mit patientenrelevanten Endpunkten, insbesondere Mortalität, Morbidität und Lebensqualität, zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Bewertung sind in der Begründung zu dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 fachlich und methodisch aufzubereiten, sodass die tragenden Gründe des Beschlusses nachvollziehbar sind. Vor der Entscheidung sind die Sachverständigen nach Absatz 2 auch mündlich anzuhören. Vorbehaltlich einer abweichenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses aus wichtigem Grund ist die Begründung des Beschlusses bekannt zu machen, sobald die Vorlage nach § 94 Abs. 1 erfolgt, spätestens jedoch mit Bekanntgabe des Beschlusses im Bundesanzeiger. Ein Arzneimittel, das von einer Festbetragsgruppe freigestellt ist, weil es einen therapierelevanten höheren Nutzen nur für einen Teil der Patienten oder Indikationsbereiche des gemeinsamen Anwendungsgebietes nach Satz 1 hat, ist nur für diese Anwendungen wirtschaftlich; das Nähere ist in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu regeln.

(2) Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt den jeweiligen Festbetrag auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen fest. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann einheitliche Festbeträge für Verbandmittel festsetzen. Für die Stellungnahmen der Sachverständigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) (weggefallen)

(5) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb

auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten; soweit wie möglich ist eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl sicherzustellen. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. Der Festbetrag für die Arzneimittel in einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 soll den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen. Dabei müssen mindestens ein Fünftel aller Verordnungen und mindestens ein Fünftel aller Packungen zum Festbetrag verfügbar sein; zugleich darf die Summe der jeweiligen Vomhundertsätze der Verordnungen und Packungen, die nicht zum Festbetrag erhältlich sind, den Wert von 160 nicht überschreiten. Bei der Berechnung nach Satz 4 sind hochpreisige Packungen mit einem Anteil von weniger als 1 vom Hundert an den verordneten Packungen in der Festbetragsgruppe nicht zu berücksichtigen. Für die Zahl der Verordnungen sind die zum Zeitpunkt des Berechnungstichtages zuletzt verfügbaren Jahresdaten nach § 84 Abs. 5 zu Grunde zu legen.

(6) Sofern zum Zeitpunkt der Anpassung des Festbetrags ein gültiger Beschluss nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt und tatsächlich Arzneimittel auf Grund dieses Beschlusses von der Zuzahlung freigestellt sind, soll der Festbetrag so angepasst werden, dass auch nach der Anpassung eine hinreichende Versorgung mit Arzneimitteln ohne Zuzahlung gewährleistet werden kann. In diesem Fall darf die Summe nach Absatz 5 Satz 5 den Wert von 100 nicht überschreiten, wenn zu erwarten ist, dass anderenfalls keine hinreichende Anzahl zuvor auf Grund von § 31 Absatz 3 Satz 4 von der Zuzahlung freigestellter Arzneimittel weiterhin freigestellt wird.

(7) Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gruppeneinteilung nach Absatz 1 Satz 1 bis 6, gegen die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen nach Absatz 1 Satz 8 oder gegen sonstige Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.

(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt und veröffentlicht Übersichten über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel und übermittelt diese im Wege der Datenübertragung dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur abruffähigen Veröffentlichung im Internet. Die Übersichten sind vierteljährlich zu aktualisieren.

(9) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen rechnet die nach Absatz 7 Satz 1 bekannt gemachten Festbeträge für verschreibungspflichtige Arzneimittel entsprechend den Handelszuschlägen der Arzneimittelpreisverordnung in der ab dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung um und macht die umgerechneten Festbeträge bis zum 30. Juni 2011 bekannt. Für die Umrechnung ist die Einholung von Stellungnahmen Sachverständiger nicht erforderlich. Die umgerechneten Festbeträge finden ab dem 1. Januar 2012 Anwendung.

§ 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,

2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,

3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und die Umsetzung der dazu erlassenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die geschlossenen Verträge und die erbrachten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) (weggefallen)

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der

dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарife nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 6 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahlтарife zugrunde liegen.

§ 107

Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,
- und in denen
4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.
 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,
- und in denen
3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

§ 108

Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,

2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

§ 111

Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht; für pflegende Angehörige dürfen die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluß nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen

Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im übrigen die Absätze 1 bis 5.

§ 115a

Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren

Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115d

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungs Verpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungs Verpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017

1. die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,
2. die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,

3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

§ 119 Sozialpädiatrische Zentren

(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

§ 140a Besondere Versorgung

(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die Verträge ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften. Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die besondere Versorgung regional beschränken. Verträge, die nach den §§

73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, sind spätestens bis zum 31. Dezember 2024 durch Verträge nach dieser Vorschrift zu ersetzen oder zu beenden. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26, 27b, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die abweichende Regelung muss dem Sinn und der Eigenart der besonderen Versorgung entsprechen, sie muss insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Wenn Verträge über eine besondere Versorgung zur Durchführung von nach § 92a Absatz 1 Satz 1 und 2 geförderten neuen Versorgungsformen abgeschlossen werden, gelten die Anforderungen an eine besondere Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 und 2 und die Anforderungen nach Satz 4 als erfüllt. Das gilt auch für Verträge zur Fortführung von nach § 92a Absatz 1 Satz 1 und 2 geförderten neuen Versorgungsformen oder wesentlicher Teile daraus sowie für Verträge zur Übertragung solcher Versorgungsformen in andere Regionen. Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen. Die Partner eines Vertrages nach Absatz 1 können sich darauf verständigen, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung durch die Vertragspartner oder Dritte erbracht werden; § 11 Absatz 4 Satz 5 gilt entsprechend. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

(3) Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:

1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,

3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,

3a. anderen Leistungsträgern nach § 12 des Ersten Buches und den Leistungserbringern, die nach den für diese Leistungsträger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechtigt sind,

3b. privaten Kranken- und Pflegeversicherungen, um Angebote der besonderen Versorgung für Versicherte in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung zu ermöglichen,

4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,

5. pharmazeutischen Unternehmern,

6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne der Verordnung (EU) 2017/745,

7. Kassenärztlichen Vereinigungen oder Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen,

8. Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und 3.

Die Partner eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. Bei Verträgen mit Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen nach Nummer 8 sind die Zugänglichkeitskriterien für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

(3a) Gegenstand der Verträge kann sein

1. die Förderung einer besonderen Versorgung, die von den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern selbständig durchgeführt wird, oder

2. die Beteiligung an Versorgungsaufträgen anderer Leistungsträger nach § 12 des Ersten Buches.

Die Förderung und Beteiligung nach Satz 1 dürfen erfolgen, soweit sie dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dienen.

(3b) Gegenstand der Verträge kann eine besondere Versorgung im Wege der Sach- oder Dienstleistung sein

1. im Einzelfall, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen, oder

2. in den Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften Leistungen vorliegen.

Verträge nach Satz 1 können auch mit nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden, wenn eine dem Versorgungsniveau in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

(4) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich oder elektronisch gegenüber ihrer Krankenkasse. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeklärungen. Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeklärungen zu enthalten. Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

(4a) Krankenkassen können Verträge auch mit Herstellern von Medizinprodukten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 über die besondere Versorgung der Versicherten mit digitalen Versorgungsangeboten schließen. Absatz 1 Satz 2 ist nicht anzuwenden. In den Verträgen ist sicherzustellen, dass über eine individualisierte medizinische Beratung einschließlich von Therapievorschlügen hinausgehende diagnostische Feststellungen durch einen Arzt zu treffen sind. Bei dem einzubeziehenden Arzt muss es sich in der Regel um einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt handeln.

(5) Die Verarbeitung der für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Absatz 1 darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen.

(6) Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabeinschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Absatz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für einen Vertrag nach Absatz 1 geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des

Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen.

15. Auszug aus dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung

In der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes zur Bekämpfung missbräuchlicher Ersteigerungen von Schrottimmobilien und zur Änd. des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 24.10.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 329) geändert

Zweites Kapitel

Leistungen

Erster Abschnitt

Leistungen zur Teilhabe

Erster Unterabschnitt

Voraussetzungen für die Leistungen

§ 9

Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 sind zu erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

§ 10

Persönliche Voraussetzungen

- (1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - aa) der bisherige Arbeitsplatz erhalten werden kann oder
 - bb) ein anderer in Aussicht stehender Arbeitsplatz erlangt werden kann, wenn die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes nach Feststellung des Trägers der Rentenversicherung nicht möglich ist.

(2) Für Leistungen zur Teilhabe haben auch Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. die im Bergbau vermindert berufsfähig sind und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder
2. bei denen der Eintritt von im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit droht und bei denen vor-aussichtlich durch die Leistungen der Eintritt der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit abgewendet werden kann.

(3) Für die Leistungen nach den §§ 14, 15a und 17 haben die Versicherten oder die Kinder die persönlichen Voraussetzungen bei Vorliegen der dortigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt.

§ 11

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

(1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung

1. die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
2. eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

(2) Für die Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die

1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,

2. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
3. vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

§ 55 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden. Der Zeitraum von zwei Jahren nach Nummer 1 verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Für die Leistungen nach § 15a an Kinder von Versicherten sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, wenn der Versicherte die allgemeine Wartezeit oder die in Satz 1 oder in Absatz 1 genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt hat.

(2a) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden an Versicherte auch erbracht,

1. wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
2. wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

(3) Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben. Sie gelten für die Vorschriften dieses Abschnitts als Versicherte.

§ 12

Ausschluss von Leistungen

(1) Leistungen zur Teilhabe werden nicht für Versicherte erbracht, die

1. wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts oder wegen eines Einsatzunfalls, der Ansprüche nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz begründet, gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitations-trägers oder Leistungen zur Eingliederung nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz erhalten können,
2. eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragt haben,
3. eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
4. als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei sind,
- 4a. eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird, oder
5. sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind. Dies gilt nicht für Versicherte im erleichterten Strafvollzug bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.

§ 294

Anspruchsvoraussetzungen

(1) Eine Mutter, die vor dem 1. Januar 1921 geboren ist, erhält für jedes Kind, das sie im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland lebend geboren hat, eine Leistung für Kindererziehung. Der Geburt im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland steht die Geburt im jeweiligen Geltungsbereich der Reichsversicherungsgesetze gleich.

(2) Einer Geburt in den in Absatz 1 genannten Gebieten steht die Geburt außerhalb dieser Gebiete gleich, wenn die Mutter im Zeitpunkt der Geburt des Kindes ihren gewöhnlichen Aufenthalt

1. in diesen Gebieten hatte,
2. zwar außerhalb dieser Gebiete hatte, aber zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes oder unmittelbar vorher entweder sie selbst oder ihr Ehemann, mit dem sie sich zusammen dort aufgehalten hat, wegen einer dort ausgeübten Beschäftigung oder Tätigkeit Pflichtbeitragszeiten hat oder nur deshalb nicht hat, weil sie selbst oder ihr Ehemann versicherungsfrei oder von der Versicherung befreit war, oder
3. bei Geburten bis zum 31. Dezember 1949 zwar außerhalb dieser Gebiete hatte, aber der gewöhnliche Aufenthalt in den in Absatz 1 genannten Gebieten aus Verfolgungsgründen im Sinne des § 1 des Bundesentschädigungsgesetzes aufgegeben worden ist; dies gilt auch, wenn bei Ehegatten der gemeinsame gewöhnliche Aufenthalt in den in Absatz 1 genannten Gebieten aufgegeben worden ist und nur beim Ehemann Verfolgungsgründe vorgelegen haben.

(3) Absatz 1 Satz 2 gilt nicht, wenn Beitragszeiten zum Zeitpunkt der Geburt aufgrund einer Versicherungslastregelung mit einem anderen Staat nicht in die Versicherungslast der Bundesrepublik Deutschland fallen würden.

(4) Einer Geburt in den in Absatz 1 genannten Gebieten steht bei einer Mutter, die

1. zu den in § 1 des Fremdrentengesetzes genannten Personen gehört oder
2. ihren gewöhnlichen Aufenthalt vor dem 1. September 1939 aus einem Gebiet, in dem Beiträge an einen nichtdeutschen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei Eintritt des Versicherungsfalls wie nach den Vorschriften der Reichsversicherungsgesetze entrichtete Beiträge zu behandeln waren, in eines der in Absatz 1 genannten Gebiete verlegt hat,

die Geburt in den jeweiligen Herkunftsgebieten gleich.

(5) Eine Mutter, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, erhält eine Leistung für Kindererziehung nur, wenn sie zu den in den §§ 18 und 19 des Gesetzes zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehört.

16. Auszug aus dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung

(Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), zuletzt durch Artikel 66 des Vierten BürokratieentlastungsG vom 23.10.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert

Drittes Kapitel

Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalls

Erster Abschnitt

Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen, Pflege, Geldleistungen

Erster Unterabschnitt

Anspruch und Leistungsarten

§ 26

Grundsatz

(1) Versicherte haben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des Neunten Buches Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen. Die Leistungen werden auf Antrag durch ein Persönliches Budget nach § 29 des Neunten Buches erbracht; dies gilt im Rahmen des Anspruchs auf Heilbehandlung nur für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

(2) Der Unfallversicherungsträger hat mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig

1. den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern,
2. den Versicherten einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
3. Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Führung eines möglichst selbständigen Lebens unter Berücksichtigung von Art und Schwere des Gesundheitsschadens bereitzustellen,
4. ergänzende Leistungen zur Heilbehandlung und zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu erbringen,
5. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu erbringen.

(3) Die Leistungen zur Heilbehandlung und zur Rehabilitation haben Vorrang vor Rentenleistungen.

(4) Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Teilhabe haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Sie werden als Dienst- und Sachleistungen zur Verfügung gestellt, soweit dieses oder das Neunte Buch keine Abweichungen vorsehen.

(5) Die Unfallversicherungsträger bestimmen im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung und der Leistungen zur Teilhabe sowie die Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen, nach pflichtgemäßem Ermessen. Dabei prüfen sie auch, welche Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

Zweiter Unterabschnitt Heilbehandlung

§ 27 Umfang der Heilbehandlung

(1) Die Heilbehandlung umfaßt insbesondere

1. Erstversorgung,
2. ärztliche Behandlung,
3. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
4. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
5. häusliche Krankenpflege,
6. Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen,
7. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 42 Absatz 2 Nr 1 und 3 bis 7 und Absatz 3 des Neunten Buches.

(2) In den Fällen des § 8 Abs. 3 wird ein beschädigtes oder verlorengegangenes Hilfsmittel wiederhergestellt oder erneuert.

(3) Während einer aufgrund eines Gesetzes angeordneten Freiheitsentziehung wird Heilbehandlung erbracht, soweit Belange des Vollzugs nicht entgegenstehen.

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche und zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt oder Zahnarzt angeordnet und von ihm verantwortet werden.

(2) Die ärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit der Ärzte, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich und zweckmäßig ist.

(3) Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit der Zahnärzte, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst erforderlich und zweckmäßig ist.

(4) Bei Versicherungsfällen, für die wegen ihrer Art oder Schwere besondere unfallmedizinische Behandlung angezeigt ist, wird diese erbracht. Die freie Arztwahl kann insoweit eingeschränkt werden.

§ 29 Arznei- und Verbandmittel

(1) Arznei- und Verbandmittel sind alle ärztlich verordneten, zur ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung erforderlichen Mittel. Ist das Ziel der Heilbehandlung mit Arznei- und Verbandmitteln zu erreichen, für die Festbeträge im Sinne des § 35 oder § 35a des Fünften Buches festgesetzt sind, trägt der Unfallversicherungsträger die Kosten bis zur Höhe dieser Beträge. Verordnet der Arzt in diesen Fällen ein Arznei- oder Verbandmittel, dessen Preis den Festbetrag überschreitet, hat der Arzt die Versicherten auf die sich aus seiner Verordnung ergebende Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

(2) Die Rabattregelungen der §§ 130 und 130a des Fünften Buches gelten entsprechend. Die Erstattungsbeträge nach § 130b des Fünften Buches gelten auch für die Abrechnung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung.

§ 30 Heilmittel

Heilmittel sind alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen der physikalischen Therapie sowie der Sprach- und Beschäftigungstherapie.

§ 31 Hilfsmittel

(1) Hilfsmittel sind alle ärztlich verordneten Sachen, die den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden mildern oder ausgleichen. Dazu gehören insbesondere Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Soweit für Hilfsmittel Festbeträge im Sinne des § 36 des Fünften Buches festgesetzt sind, gilt § 29 Abs. 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln zu regeln sowie bei bestimmten Gesundheitsschäden eine Entschädigung für Kleider- und Wäscheverschleiß vorzuschreiben. Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger durch gemeinsame Richtlinien.

§ 32 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann und das Ziel der Heilbehandlung nicht gefährdet wird.

(2) Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall aufgrund ärztlicher Verordnung erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

(3) Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit es einer im Haushalt des Versicherten lebenden Person nicht zuzumuten ist, Krankenpflege zu erbringen. Kann eine Pflegekraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Gestellung abzusehen, sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegekraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(4) Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger durch gemeinsame Richtlinien.

§ 33 Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

(1) Stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung wird erbracht, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel anders nicht erreicht werden kann. Sie wird volloder teilstationär erbracht. Sie umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung alle Leistungen, die im Einzelfall für die medizinische Versorgung der Versicherten notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

(2) Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind die Einrichtungen nach § 107 des Fünften Buches.

(3) Bei Gesundheitsschäden, für die wegen ihrer Art oder Schwere besondere unfallmedizinische stationäre Behandlung angezeigt ist, wird diese in besonderen Einrichtungen erbracht.

§ 34 Durchführung der Heilbehandlung

(1) Die Unfallversicherungsträger haben alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung und, soweit erforderlich, besondere unfallmedizinische oder Berufskrankheiten-Behandlung gewährleistet wird. Sie können zu diesem Zweck die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen. Sie können daneben nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen.

(2) Die Unfallversicherungsträger haben an der Durchführung der besonderen unfallmedizinischen Behandlung die Ärzte und Krankenhäuser zu beteiligen, die den nach Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen entsprechen.

(3) Die Verbände der Unfallversicherungsträger sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen) schließen unter Berücksichtigung der von den Unfallversicherungsträgern gemäß Absatz 1 Satz 2 und 3 getroffenen Festlegungen mit Wirkung für ihre Mitglieder Verträge über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte und Zahnärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung. Dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz ist rechtzeitig vor Abschluß Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, sofern in den Verträgen die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von personenbezogenen Daten geregelt werden sollen.

(4) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben gegenüber den Unfallversicherungsträgern und deren Verbänden die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die Durchführung der Heilbehandlung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

(5) Kommt ein Vertrag nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt ein Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Wird ein Vertrag gekündigt, ist dies dem zuständigen Schiedsamt mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrags ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt ein Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten nach Vertragsablauf den neuen Inhalt fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrags bis zur Entscheidung des Schiedsamts vorläufig weiter.

(6) Die Verbände der Unfallversicherungsträger und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden je ein Schiedsamt für die medizinische und zahnmedizinische Versorgung. Das Schiedsamt besteht aus drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und drei Vertretern der Verbände der Unfallversicherungsträger sowie

einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. § 89 Absatz 6 des Fünften Buches sowie die aufgrund des § 89 Absatz 11 des Fünften Buches erlassenen Rechtsverordnungen gelten entsprechend.

(7) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsämter nach Absatz 6 führt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

(8) Die Beziehungen zwischen den Unfallversicherungsträgern und anderen als den in Absatz 3 genannten Stellen, die Heilbehandlung durchführen oder an ihrer Durchführung beteiligt sind, werden durch Verträge geregelt. Soweit die Stellen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausführen oder an ihrer Ausführung beteiligt sind, werden die Beziehungen durch Verträge nach § 38 des Neunten Buches geregelt.

Vierter Unterabschnitt Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen

§ 39 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen

(1) Neben den in § 64 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 und Abs. 2 sowie in den §§ 73 und 74 des Neunten Buches genannten Leistungen umfassen die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und die ergänzenden Leistungen

1. Kraftfahrzeughilfe,
2. sonstige Leistungen zur Erreichung und zur Sicherstellung des Erfolges der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe.

(2) Zum Ausgleich besonderer Härten kann den Versicherten oder deren Angehörigen eine besondere Unterstützung gewährt werden.

§ 40 Kraftfahrzeughilfe

(1) Kraftfahrzeughilfe wird erbracht, wenn die Versicherten infolge Art oder Schwere des Gesundheitsschadens nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Kraftfahrzeugs angewiesen sind, um die Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

(2) Die Kraftfahrzeughilfe umfaßt Leistungen zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs, für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung und zur Erlangung einer Fahrerlaubnis.

(3) Für die Kraftfahrzeughilfe gilt die Verordnung über Kraftfahrzeughilfe zur beruflichen Rehabilitation vom 28. September 1987 (BGBl. I S. 2251), geändert durch Verordnung vom 30. September 1991 (BGBl. I S. 1950), in der jeweils geltenden Fassung. Diese Verordnung ist bei der Kraftfahrzeughilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft entsprechend anzuwenden.

(4) Der Unfallversicherungsträger kann im Einzelfall zur Vermeidung einer wirtschaftlichen Notlage auch einen Zuschuß zahlen, der über demjenigen liegt, der in den §§ 6 und 8 der Verordnung nach Absatz 3 vorgesehen ist.

(5) Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger durch gemeinsame Richtlinien.

§ 41 Wohnungshilfe

(1) Wohnungshilfe wird erbracht, wenn infolge Art oder Schwere des Gesundheitsschadens nicht nur vorübergehend die behindertengerechte Anpassung vorhanden oder die Bereitstellung behindertengerechten Wohnraums erforderlich ist.

(2) Wohnungshilfe wird ferner erbracht, wenn sie zur Sicherung der beruflichen Eingliederung erforderlich ist.

(3) Die Wohnungshilfe umfaßt auch Umzugskosten sowie Kosten für die Bereitstellung von Wohnraum für eine Pflegekraft.

(4) Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger durch gemeinsame Richtlinien.

§ 42 Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

Haushaltshilfe und Leistungen zur Kinderbetreuung nach § 74 Abs. 1 bis 3 des Neunten Buches werden auch bei Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht.

§ 43 Reisekosten

(1) Die im Zusammenhang mit der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlichen Reisekosten werden nach § 53 des Neunten Buches übernommen. Im Übrigen werden Reisekosten zur Ausführung der Heilbehandlung nach den Absätzen 2 bis 5 übernommen.

(2) Zu den Reisekosten gehören

1. Fahr- und Transportkosten,
2. Verpflegungs- und Übernachtungskosten,
3. Kosten des Gepäcktransports,
4. Wegstreckenentschädigung

für die Versicherten und für eine wegen des Gesundheitsschadens erforderliche Begleitperson.

(3) Reisekosten werden im Regelfall für zwei Familienheimfahrten im Monat oder anstelle von Familienheimfahrten für zwei Fahrten eines Angehörigen zum Aufenthaltsort des Versicherten übernommen.

(4) Entgangener Arbeitsverdienst einer Begleitperson wird ersetzt, wenn der Ersatz in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Pflegekraft entstehenden Kosten steht.

(5) Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger durch gemeinsame Richtlinien.

Fünfter Unterabschnitt Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

§ 44 Pflege

(1) Solange Versicherte infolge des Versicherungsfalls so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe bedürfen, wird Pflegegeld gezahlt, eine Pflegekraft gestellt oder Heimpflege gewährt.

(2) Das Pflegegeld ist unter Berücksichtigung der Art oder Schwere des Gesundheitsschadens sowie des Umfangs der erforderlichen Hilfe auf einen Monatsbetrag zwischen 300 Euro und 1 199 Euro (Beträge am 1. Juli 2008) festzusetzen. Diese Beträge werden jeweils zum gleichen Zeitpunkt, zu dem die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst werden, entsprechend dem Faktor angepasst, der für die Anpassung der vom Jahresarbeitsverdienst abhängigen Geldleistungen maßgebend ist. Übersteigen die Aufwendungen für eine Pflegekraft das Pflegegeld, kann es angemessen erhöht werden.

(3) Während einer stationären Behandlung oder der Unterbringung der Versicherten in einer Einrichtung der Teilhabe am Arbeitsleben oder einer Werkstatt für behinderte Menschen wird das Pflegegeld bis zum Ende des ersten auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt und mit dem ersten Tag des Entlassungsmonats wieder aufgenommen. Das Pflegegeld kann in den Fällen des Satzes 1 ganz oder teilweise weitergezahlt werden, wenn das Ruhen eine weitere Versorgung der Versicherten gefährden würde.

(4) Mit der Anpassung der Renten wird das Pflegegeld entsprechend dem Faktor angepaßt, der für die Anpassung der vom Jahresarbeitsverdienst abhängigen Geldleistungen maßgeblich ist.

(5) Auf Antrag der Versicherten kann statt des Pflegegeldes eine Pflegekraft gestellt (Hauspflege) oder die erforderliche Hilfe mit Unterkunft und Verpflegung in einer geeigneten Einrichtung (Heimpflege) erbracht werden. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) Die Bundesregierung setzt mit Zustimmung des Bundesrates die neuen Mindest- und Höchstbeträge nach Absatz 2 und den Anpassungsfaktor nach Absatz 4 in der Rechtsverordnung über die Bestimmung des für die Rentenanpassung in der gesetzlichen Rentenversicherung maßgebenden aktuellen Rentenwertes fest.

17. Auszug aus dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt durch Artikel 6 des HaushaltsfinanzierungsG 2024 vom 22.12.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 412) geändert

Teil 1

Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen

Kapitel 9

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 42

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder,

3. Arznei- und Verbandsmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel sowie
7. Belastungsproben und Arbeitstherapie.

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen. Solche Leistungen sind insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,
4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten sowie
7. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

§ 43

Krankenbehandlung und Rehabilitation

Die in § 42 Absatz 1 genannten Ziele und § 12 Absatz 1 und 3 sowie § 19 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.

§ 44

Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise ausüben und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen mit dieser Zielrichtung erbracht werden.

§ 45

Förderung der Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Beratung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, sollen nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden. Die Daten der Rehabilitationsträger über Art und Höhe der Förderung der

Selbsthilfe fließen in den Bericht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach § 41 ein.

§ 46 Früherkennung und Frühförderung

(1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 umfassen auch

1. die medizinischen Leistungen der fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen sowie
2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.

(2) Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder umfassen weiterhin nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum. Die Leistungen sind erforderlich, wenn sie eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt erkennen helfen oder die eingetretene Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgleichen oder mildern.

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 als Komplexleistung erbracht. Die Komplexleistung umfasst auch Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität. Maßnahmen zur Komplexleistung können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität ab Geburt bis zur Einschulung eines Kindes mit Behinderungen oder drohender Behinderung erfolgen.

(4) In den Landesrahmenvereinbarungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer wird Folgendes geregelt:

1. die Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrische Zentren zu Mindeststandards, Berufsgruppen, Personalausstattung, sachlicher und räumlicher Ausstattung,
2. die Dokumentation und Qualitätssicherung,
3. der Ort der Leistungserbringung sowie

4. die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte für die als Komplexleistung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung.

(5) Die Rehabilitationsträger schließen Vereinbarungen über die pauschalierte Aufteilung der nach Absatz 4 Nummer 4 vereinbarten Entgelte für Komplexleistungen auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder. Regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt. Der Anteil der Entgelte, der auf die für die Leistungen nach § 6 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung jeweils zuständigen Träger entfällt, darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen oder in nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum 65 Prozent und in sozialpädiatrischen Zentren 20 Prozent nicht überschreiten. Landesrecht kann andere als pauschale Abrechnungen vorsehen.

(6) Kommen Landesrahmenvereinbarungen nach Absatz 4 bis zum 31. Juli 2019 nicht zustande, sollen die Landesregierungen Regelungen durch Rechtsverordnung entsprechend Absatz 4 Nummer 1 bis 3 treffen.

§ 47 Hilfsmittel

(1) Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) nach § 42 Absatz 2 Nummer 6 umfassen die Hilfen, die von den Leistungsberechtigten getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um

1. einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
2. den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

(2) Der Anspruch auf Hilfsmittel umfasst auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Der Rehabilitationsträger soll

1. vor einer Ersatzbeschaffung prüfen, ob eine Änderung oder Instandsetzung von bisher benutzten Hilfsmitteln wirtschaftlicher und gleich wirksam ist und
2. die Bewilligung der Hilfsmittel davon abhängig machen, dass die Leistungsberechtigten sich die Hilfsmittel anpassen oder sich in ihrem Gebrauch ausbilden lassen.

(3) Wählen Leistungsberechtigte ein geeignetes Hilfsmittel in einer aufwendigeren Ausführung als notwendig, tragen sie die Mehrkosten selbst.

(4) Hilfsmittel können auch leihweise überlassen werden. In diesem Fall gelten die Absätze 2 und 3 entsprechend.

§ 48 Verordnungsermächtigungen

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zu regeln

1. zur Abgrenzung der in § 46 genannten Leistungen und der weiteren Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen und
2. zur Auswahl der im Einzelfall geeigneten Hilfsmittel, insbesondere zum Verfahren, zur Eignungsprüfung, Dokumentation und leihweisen Überlassung der Hilfsmittel sowie zur Zusammenarbeit der anderen Rehabilitationsträger mit den orthopädischen Versorgungsstellen.

Kapitel 11 Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

§ 64 Ergänzende Leistungen

(1) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben der in § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Rehabilitationsträger werden ergänzt durch

1. Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe,
2. Beiträge und Beitragszuschüsse
 - a) zur Krankenversicherung nach Maßgabe des Fünften Buches, des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 - b) zur Unfallversicherung nach Maßgabe des Siebten Buches,
 - c) zur Rentenversicherung nach Maßgabe des Sechsten Buches sowie des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 - d) zur Bundesagentur für Arbeit nach Maßgabe des Dritten Buches,
 - e) zur Pflegeversicherung nach Maßgabe des Elften Buches,
3. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen,
4. ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,
5. Reisekosten sowie
6. Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten.

(2) Ist der Schutz von Menschen mit Behinderungen bei Krankheit oder Pflege während der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht anderweitig sichergestellt, können die Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld und zur Pflegeversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung oder, wenn dort im Einzelfall ein Schutz nicht gewährleistet ist, die Beiträge zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen erbracht werden. Arbeitslose Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld einen Zuschuss zu ihrem Beitrag für eine private Versicherung gegen Krankheit oder für die Pflegeversicherung erhalten. Der Zuschuss wird nach § 174 Absatz 2 des Dritten Buches berechnet.

§ 65 Leistungen zum Lebensunterhalt

(1) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation leisten

1. Krankengeld: die gesetzlichen Krankenkassen nach Maßgabe der §§ 44 und 46 bis 51 des Fünften Buches und des § 8 Absatz 2 in Verbindung mit den §§ 12 und 13 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
2. Verletztengeld: die Träger der Unfallversicherung nach Maßgabe der §§ 45 bis 48, 52 und 55 des Siebten Buches,
3. Übergangsgeld: die Träger der Rentenversicherung nach Maßgabe dieses Buches und der §§ 20 und 21 des Sechsten Buches,
4. Versorgungskrankengeld: die Träger der Kriegsopferversorgung nach Maßgabe der §§ 16 bis 16h und 18a des Bundesversorgungsgesetzes.

(2) Im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben leisten Übergangsgeld

1. die Träger der Unfallversicherung nach Maßgabe dieses Buches und der §§ 49 bis 52 des Siebten Buches,
2. die Träger der Rentenversicherung nach Maßgabe dieses Buches und der §§ 20 und 21 des Sechsten Buches,
3. die Bundesagentur für Arbeit nach Maßgabe dieses Buches und der §§ 119 bis 121 des Dritten Buches,
4. die Träger der Kriegsopferfürsorge nach Maßgabe dieses Buches und des § 26a des Bundesversorgungsgesetzes.

(3) Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen haben Anspruch auf Übergangsgeld wie bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Zeitraum, in dem die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt wird (§ 49 Absatz 4 Satz 2) und sie wegen der Teilnahme an diesen Maßnahmen kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielen.

(4) Der Anspruch auf Übergangsgeld ruht, solange die Leistungsempfängerin einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld hat; § 52 Nummer 2 des Siebten Buches bleibt unberührt.

(5) Während der Ausführung von Leistungen zur erstmaligen beruflichen Ausbildung von Menschen mit Behinderungen, berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen und Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich von anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen und anderen Leistungsanbietern leisten

1. die Bundesagentur für Arbeit Ausbildungsgeld nach Maßgabe der §§ 122 bis 126 des Dritten Buches und
2. die Träger der Kriegsopferfürsorge Unterhaltsbeihilfe unter den Voraussetzungen der §§ 26 und 26a des Bundesversorgungsgesetzes.

(6) Die Träger der Kriegsopferfürsorge leisten in den Fällen des § 27d Absatz 1 Nummer 3 des Bundesversorgungsgesetzes ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes.

(7) Das Krankengeld, das Versorgungskrankengeld, das Verletztengeld und das Übergangsgeld werden für Kalendertage gezahlt; wird die Leistung für einen ganzen Kalendermonat gezahlt, so wird dieser mit 30 Tagen angesetzt.

§ 66

Höhe und Berechnung des Übergangsgelds

(1) Der Berechnung des Übergangsgelds werden 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt), zugrunde gelegt, höchstens jedoch das in entsprechender Anwendung des § 67 berechnete Nettoarbeitsentgelt; als Obergrenze gilt die für den Rehabilitationsträger jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze. Bei der Berechnung des Regelentgelts und des Nettoarbeitsentgelts werden die für die jeweilige Beitragsbemessung und Beitragstragung geltenden Besonderheiten des Übergangsbereichs nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches nicht berücksichtigt. Das Übergangsgeld beträgt

1. 75 Prozent der Berechnungsgrundlage für Leistungsempfänger,
 - a) die mindestens ein Kind im Sinne des § 32 Absatz 1, 3 bis 5 des Einkommensteuergesetzes haben,
 - b) die ein Stiefkind (§ 56 Absatz 2 Nummer 1 des Ersten Buches) in ihren Haushalt aufgenommen haben oder
 - c) deren Ehegatten oder Lebenspartner, mit denen sie in häuslicher Gemeinschaft leben, eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben können, weil sie die Leistungsempfänger pflegen oder selbst der Pflege bedürfen und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben,
2. 68 Prozent der Berechnungsgrundlage für die übrigen Leistungsempfänger.

Leisten Träger der Kriegsopferfürsorge Übergangsgeld, beträgt das Übergangsgeld 80 Prozent der Berechnungsgrundlage, wenn die Leistungsempfänger eine der Voraussetzungen von Satz 3 Nummer 1 erfüllen, und im Übrigen 70 Prozent der Berechnungsgrundlage.

(2) Das Nettoarbeitsentgelt nach Absatz 1 Satz 1 berechnet sich, indem der Anteil am Nettoarbeitsentgelt, der sich aus dem kalendertäglichen Hinzurechnungsbetrag nach § 67 Absatz 1 Satz 6 ergibt, mit dem Prozentsatz angesetzt wird, der sich aus dem Verhältnis des kalendertäglichen Regelentgeltbetrages nach § 67 Absatz 1 Satz 1 bis 5 zu dem sich aus diesem Regelentgeltbetrag ergebenden Nettoarbeitsentgelt ergibt. Das kalendertägliche Übergangsgeld darf das kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt, das sich aus dem Arbeitsentgelt nach § 67 Absatz 1 Satz 1 bis 5 ergibt, nicht übersteigen.

§ 67 Berechnung des Regelentgelts

(1) Für die Berechnung des Regelentgelts wird das von den Leistungsempfängern im letzten vor Beginn der Leistung oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden geteilt, für die es gezahlt wurde. Das Ergebnis wird mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden vervielfacht und durch sieben geteilt. Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen oder ist eine Berechnung des Regelentgelts nach den Sätzen 1 und 2 nicht möglich, gilt der 30. Teil des in dem letzten vor Beginn der Leistung abgerechneten Kalendermonat erzielten und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Arbeitsentgelts als Regelentgelt. Wird mit einer Arbeitsleistung Arbeitsentgelt erzielt, das für Zeiten einer Freistellung vor oder nach dieser Arbeitsleistung fällig wird (Wertguthaben nach § 7b des Vierten Buches), ist für die Berechnung des Regelentgelts das im Bemessungszeitraum der Beitragsberechnung zugrunde liegende und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt maßgebend; Wertguthaben, die nicht nach einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeitregelungen verwendet werden (§ 23b Absatz 2 des Vierten Buches), bleiben außer Betracht. Bei der Anwendung des Satzes 1 gilt als regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit die Arbeitszeit, die dem gezahlten Arbeitsentgelt entspricht. Für die Berechnung des Regelentgelts wird der 360. Teil des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts, das in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Leistung nach § 23a des Vierten Buches der Beitragsberechnung zugrunde gelegen hat, dem nach den Sätzen 1 bis 5 berechneten Arbeitsentgelt hinzugerechnet.

(2) Bei Teilarbeitslosigkeit ist für die Berechnung das Arbeitsentgelt maßgebend, das in der infolge der Teilarbeitslosigkeit nicht mehr ausgeübten Beschäftigung erzielt wurde.

(3) Für Leistungsempfänger, die Kurzarbeitergeld bezogen haben, wird das regelmäßige Arbeitsentgelt zugrunde gelegt, das zuletzt vor dem Arbeitsausfall erzielt wurde.

(4) Das Regelentgelt wird bis zur Höhe der für den Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungs- oder Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, in der Rentenversicherung bis zur Höhe des der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Entgelts.

(5) Für Leistungsempfänger, die im Inland nicht einkommensteuerpflichtig sind, werden für die Feststellung des entgangenen Nettoarbeitsentgelts die Steuern berücksichtigt, die bei einer Steuerpflicht im Inland durch Abzug vom Arbeitsentgelt erhoben würden.

§ 68

Berechnungsgrundlage in Sonderfällen

(1) Für die Berechnung des Übergangsgeldes während des Bezuges von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden 65 Prozent eines fiktiven Arbeitsentgelts zugrunde gelegt, wenn

1. die Berechnung nach den §§ 66 und 67 zu einem geringeren Betrag führt,
2. Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen nicht erzielt worden ist oder
3. der letzte Tag des Bemessungszeitraums bei Beginn der Leistungen länger als drei Jahre zurückliegt.

(2) Für die Festsetzung des fiktiven Arbeitsentgelts ist der Leistungsempfänger der Qualifikationsgruppe zuzuordnen, die seiner beruflichen Qualifikation entspricht. Dafür gilt folgende Zuordnung:

1. für eine Hochschul- oder Fachhochschulausbildung (Qualifikationsgruppe 1) ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Dreihundertstel der Bezugsgröße,
2. für einen Fachschulabschluss, den Nachweis über eine abgeschlossene Qualifikation als Meisterin oder Meister oder einen Abschluss in einer vergleichbaren Einrichtung (Qualifikationsgruppe 2) ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Dreihundertsechzigstel der Bezugsgröße,
3. für eine abgeschlossene Ausbildung in einem Ausbildungsberuf (Qualifikationsgruppe 3) ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Vierhundertfünfzigstel der Bezugsgröße und
4. bei einer fehlenden Ausbildung (Qualifikationsgruppe 4) ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Sechshundertstel der Bezugsgröße.

Maßgebend ist die Bezugsgröße, die für den Wohnsitz oder für den gewöhnlichen Aufenthaltsort der Leistungsempfänger im letzten Kalendermonat vor dem Beginn der Leistung gilt.

§ 69

Kontinuität der Bemessungsgrundlage

Haben Leistungsempfänger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezogen und wird im Anschluss daran eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgeführt, so wird bei der Berechnung der

diese Leistungen ergänzenden Leistung zum Lebensunterhalt von dem bisher zugrunde gelegten Arbeitsentgelt ausgegangen; es gilt die für den Rehabilitationsträger jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze.

§ 70

Anpassung der Entgeltersatzleistungen

(1) Die Berechnungsgrundlage, die dem Krankengeld, dem Versorgungskrankengeld, dem Verletztengeld und dem Übergangsgeld zugrunde liegt, wird jeweils nach Ablauf eines Jahres ab dem Ende des Bemessungszeitraums an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst und zwar entsprechend der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches) vom vorvergangenen zum vergangenen Kalenderjahr.

(2) Der Anpassungsfaktor wird errechnet, indem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer für das vergangene Kalenderjahr durch die entsprechenden Bruttolöhne und -gehälter für das vorvergangene Kalenderjahr geteilt werden; § 68 Absatz 7 und § 121 Absatz 1 des Sechsten Buches gelten entsprechend.

(3) Eine Anpassung nach Absatz 1 erfolgt, wenn der nach Absatz 2 berechnete Anpassungsfaktor den Wert 1,0000 überschreitet.

(4) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gibt jeweils zum 30. Juni eines Kalenderjahres den Anpassungsfaktor, der für die folgenden zwölf Monate maßgebend ist, im Bundesanzeiger bekannt.

§ 71

Weiterzahlung der Leistungen

(1) Sind nach Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich, während derer dem Grunde nach Anspruch auf Übergangsgeld besteht, und können diese Leistungen aus Gründen, die die Leistungsempfänger nicht zu vertreten haben, nicht unmittelbar anschließend durchgeführt werden, werden das Verletztengeld, das Versorgungskrankengeld oder das Übergangsgeld für diese Zeit weitergezahlt. Voraussetzung für die Weiterzahlung ist, dass

1. die Leistungsempfänger arbeitsunfähig sind und keinen Anspruch auf Krankengeld mehr haben oder
2. den Leistungsempfängern eine zumutbare Beschäftigung aus Gründen, die sie nicht zu vertreten haben, nicht vermittelt werden kann.

(2) Leistungsempfänger haben die Verzögerung von Weiterzahlungen insbesondere dann zu vertreten, wenn sie zumutbare Angebote von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur

deshalb ablehnen, weil die Leistungen in größerer Entfernung zu ihren Wohnorten angeboten werden. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist § 140 Absatz 4 des Dritten Buches entsprechend anzuwenden.

(3) Können Leistungsempfänger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben allein aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr, aber voraussichtlich wieder in Anspruch nehmen, werden Übergangsgeld und Unterhaltsbeihilfe bis zum Ende dieser Leistungen, höchstens bis zu sechs Wochen weitergezahlt.

(4) Sind die Leistungsempfänger im Anschluss an eine abgeschlossene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben arbeitslos, werden Übergangsgeld und Unterhaltsbeihilfe während der Arbeitslosigkeit bis zu drei Monate weitergezahlt, wenn sie sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben und einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens drei Monaten nicht geltend machen können; die Anspruchsdauer von drei Monaten vermindert sich um die Anzahl von Tagen, für die Leistungsempfänger im Anschluss an eine abgeschlossene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben einen Anspruch auf Arbeitslosengeld geltend machen können. In diesem Fall beträgt das Übergangsgeld

1. 67 Prozent bei Leistungsempfängern, bei denen die Voraussetzungen des erhöhten Bemessungssatzes nach § 66 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 vorliegen und
 2. 60 Prozent bei den übrigen Leistungsempfängern,
- des sich aus § 66 Absatz 1 Satz 1 oder § 68 ergebenden Betrages.

(5) Ist im unmittelbaren Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung (§ 44) erforderlich, wird das Übergangsgeld bis zum Ende der Wiedereingliederung weitergezahlt.

§ 72

Einkommensanrechnung

Auf das Übergangsgeld der Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2, 4 und 5 wird Folgendes angerechnet:

1. Erwerbseinkommen aus einer Beschäftigung oder einer während des Anspruchs auf Übergangsgeld ausgeübten Tätigkeit, das bei Beschäftigten um die gesetzlichen Abzüge und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt und bei sonstigen Leistungsempfängern um 20 Prozent zu vermindern ist,
2. Leistungen des Arbeitgebers zum Übergangsgeld, soweit sie zusammen mit dem Übergangsgeld das vor Beginn der Leistung erzielte, um die gesetzlichen Abzüge verminderte Arbeitsentgelt übersteigen,
3. Geldleistungen, die eine öffentlich-rechtliche Stelle im Zusammenhang mit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringt,
4. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder Verletztenrenten in Höhe des sich aus § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 des Vierten Buches ergebenden Betrages, wenn sich

die Minderung der Erwerbsfähigkeit auf die Höhe der Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld nicht ausgewirkt hat,

5. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die aus demselben Anlass wie die Leistungen zur Teilhabe erbracht werden, wenn durch die Anrechnung eine unbillige Doppelleistung vermieden wird,
6. Renten wegen Alters, die bei der Berechnung des Übergangsgeldes aus einem Teilarbeitsentgelt nicht berücksichtigt wurden,
7. Verletzengeld nach den Vorschriften des Siebten Buches und
8. vergleichbare Leistungen nach den Nummern 1 bis 7, die von einer Stelle außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs erbracht werden.

(2) Bei der Anrechnung von Verletztenrenten mit Kinderzulage und von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit Kinderzuschuss auf das Übergangsgeld bleibt ein Betrag in Höhe des Kindergeldes nach § 66 des Einkommensteuergesetzes oder § 6 des Bundeskindergeldgesetzes außer Ansatz.

(3) Wird ein Anspruch auf Leistungen, um die das Übergangsgeld nach Absatz 1 Nummer 3 zu kürzen wäre, nicht erfüllt, geht der Anspruch insoweit mit Zahlung des Übergangsgeldes auf den Rehabilitationsträger über; die §§ 104 und 115 des Zehnten Buches bleiben unberührt.

§ 73

Reisekosten

(1) Als Reisekosten werden die erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten übernommen, die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben stehen. Zu den Reisekosten gehören auch die Kosten

1. für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Behinderung erforderlich ist,
2. für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstaufschlags,
3. für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationsort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist sowie
4. für den erforderlichen Gepäcktransport.

(2) Während der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden im Regelfall auch Reisekosten für zwei Familienheimfahrten je Monat übernommen. Anstelle der Kosten für die Familienheimfahrten können für Fahrten von Angehörigen vom Wohnort zum Aufenthaltsort der Leistungsempfänger und zurück Reisekosten übernommen werden.

(3) Reisekosten nach Absatz 2 werden auch im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übernommen, wenn die Leistungen länger als acht Wochen erbracht werden.

(4) Fahrkosten werden in Höhe des Betrages zugrunde gelegt, der bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels der niedrigsten Beförderungsklasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu zahlen ist, bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel in Höhe der Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes. Bei Fahrpreiserhöhungen, die nicht geringfügig sind, hat auf Antrag des Leistungsempfängers eine Anpassung der Fahrkostenentschädigung zu erfolgen, wenn die Maßnahme noch mindestens zwei weitere Monate andauert. Kosten für Pendelfahrten können nur bis zur Höhe des Betrages übernommen werden, der unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung bei einer zumutbaren auswärtigen Unterbringung für Unterbringung und Verpflegung zu leisten wäre.

§ 74

Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten

(1) Haushaltshilfe wird geleistet, wenn

1. den Leistungsempfängern wegen der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist,
2. eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und
3. im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht zwölf Jahre alt ist oder wenn das Kind eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist.

§ 38 Absatz 4 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Anstelle der Haushaltshilfe werden auf Antrag des Leistungsempfängers die Kosten für die Mitnahme oder für die anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernommen, wenn die Unterbringung und Betreuung des Kindes in dieser Weise sichergestellt ist.

(3) Kosten für die Kinderbetreuung des Leistungsempfängers können bis zu einem Betrag von 160 Euro je Kind und Monat übernommen werden, wenn die Kosten durch die Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben unvermeidbar sind. Es werden neben den Leistungen zur Kinderbetreuung keine Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 erbracht. Der in Satz 1 genannte Betrag erhöht sich entsprechend der Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches; § 160 Absatz 3 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 erbringen die landwirtschaftliche Alterskasse und die landwirtschaftliche Krankenkasse Betriebs- und Haushaltshilfe nach den §§ 10 und 36 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte und nach den §§ 9 und 10 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die landwirtschaftliche

Berufsgenossenschaft für die bei ihr versicherten landwirtschaftlichen Unternehmer und im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten nach den §§ 54 und 55 des Siebten Buches.

18. Auszug aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung

(Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt durch Artikel 4 des EM-Bestandsrentenverbesserungsauszahlungsg vom 30.5.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes

Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module

sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegesachleistung (§ 36),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),
- 9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
- 12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),
13. Entlastungsbetrag (§ 45b),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches,

15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a),
16. Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a),
17. Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen (§ 40b).
- (1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a).
- (1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.
- (2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.
- (3) Die Pflegekassen und die Leistungserbringer haben sicherzustellen, daß die Leistungen nach Absatz 1 nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.
- (4) Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt

§ 36 Pflegesachleistung

- (1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.
- (2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 298 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 612 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 995 Euro.

(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
2. bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von

Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 4 bis 9.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefeststellungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens

1. zu Beratungsstandards,
2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie
3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.

Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum

Beschluss neuer Empfehlungen nach Satz 1 auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegfachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.

(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten.

(9) Beratungsbesuche nach Absatz 3 dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden.

§ 42 Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder

2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

§ 43 Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,

2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

(4) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),

2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),

3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags

nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 45b Entlastungsbetrag

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden. Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen

werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

(2) Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen. Für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen muss auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein, im Zusammenhang mit welcher der in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 genannten Leistungen die Aufwendungen jeweils entstanden sind.

(3) Der Entlastungsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 des Zwölften Buches findet auf den Entlastungsbetrag keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf der Entlastungsbetrag hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 entsprechen.

(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung

zuständig ist; für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann, insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich. Bei Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste zu beachten.

(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

1. den Anforderungen des § 71 genügen,

2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind,

3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,

4. sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden,

5. sich verpflichten, die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen zu ermöglichen;

ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen zu erbringen sind.

(4) Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.

(5) (aufgehoben)

§ 141

Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, den §§ 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern. Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.

(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein monatlicher Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu

zahlen. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 43 Absatz 2 Satz 2 die in § 43 Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. Die Pflegekassen teilen die Höhe des monatlichen Zuschlages nach Satz 1 sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe den Pflegebedürftigen schriftlich mit. Die Sätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(3a) Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in Anspruch nehmen, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort. Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Absatz 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(3b) Wechseln Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3 und 3a zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die neue Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3, den die Pflegebedürftigen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten Pflegebedürftige mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 3 ermittelten monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 3 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(3c) Erhöht sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 für Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3, 3a und 3b im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 3 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen

Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 3a gewesen wäre.

(4) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflege Tätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(4a) In den Fällen des § 140 Absatz 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(5) Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.

(7) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflege Tätigkeit fort. Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben. Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht

festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.

(8) Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Absatz 2 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

§ 144

Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

(2) Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und 45c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.

(4) Die im Jahr 2015 gemäß § 45c zur Verfügung gestellten Fördermittel, die nach § 45c Absatz 5 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung auf das Folgejahr 2016

übertragen und bis zum Ende des Jahres 2016 in den Ländern nicht in Anspruch genommen worden sind, können im Jahr 2017 gemäß § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 Prozent der auf sie gemäß § 45c Absatz 5 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

(5) In Fällen, in denen am 31. Dezember 2016 der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Achten Buch bereits zusammentrifft, muss eine Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung nur dann abgeschlossen werden, wenn einer der beteiligten Träger oder der Leistungsbezieher dies verlangt. Trifft der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung außerdem mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder dem Bundesversorgungsgesetz zusammen, gilt Satz 1 entsprechend.

§ 145

Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege

Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.

19. Auszug aus dem Soldatengesetz

In der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Mai 2005 (BGBl. I S. 1482), zuletzt durch Artikel 3 des Gleichstellungsförderungsgesetz militärisches Personal vom 22.1.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 17) geändert

§ 58b

Freiwilliger Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement

(1) Frauen und Männer können sich verpflichten, freiwilligen Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement zu leisten. Der freiwillige Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement besteht aus einer sechsmonatigen Probezeit und bis zu 17 Monaten anschließendem Wehrdienst.

(2) Die §§ 37 und 38 gelten entsprechend.

20. Auszug aus dem Transplantationsgesetz

In der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), zuletzt durch Art. 8b des Digital-Gesetzes vom 22.3.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert

§ 11 Zusammenarbeit bei der Entnahme von Organen und Geweben, Koordinierungsstelle

(1) Die Entnahme von Organen verstorbener Spender einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der Entnahmekrankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit. Zur Organisation dieser Aufgabe errichten oder beauftragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine geeignete Einrichtung (Koordinierungsstelle). Sie muß auf Grund einer finanziell und organisatorisch eigenständigen Trägerschaft, der Zahl und Qualifikation ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Maßnahmen nach Satz 1 in Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den Entnahmekrankenhäusern nach den Vorschriften dieses Gesetzes durchgeführt werden. Die Transplantationszentren müssen in der Koordinierungsstelle angemessen vertreten sein. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben darauf zu achten, dass die Koordinierungsstelle die Voraussetzungen des Satzes 3 erfüllt und dabei nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit arbeitet. Die Koordinierungsstelle hat die grundsätzlichen finanziellen und organisatorischen Entscheidungen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unverzüglich vorzulegen. Die Haushaltslegung und die finanzielle Eigenständigkeit kann auf Veranlassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft durch unabhängige Sachverständige geprüft werden. Die Koordinierungsstelle hat jährlich einen Geschäftsbericht zu veröffentlichen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sicherzustellen, dass die Koordinierungsstelle die Veröffentlichungspflicht erfüllt.

(1a) Die Koordinierungsstelle hat die Zusammenarbeit zur Organentnahme bei verstorbenen Spendern und die Durchführung aller bis zur Übertragung erforderlichen Maßnahmen mit Ausnahme der Vermittlung von Organen durch die Vermittlungsstelle nach § 12 unter Beachtung der Richtlinien nach § 16 zu organisieren, um die vorhandenen Möglichkeiten der Organspende wahrzunehmen und durch die Entnahme und Bereitstellung geeigneter Spenderorgane die gesundheitlichen Risiken der Organempfänger so gering wie möglich zu halten. Hierzu erstellt die Koordinierungsstelle geeignete Verfahrensanweisungen unter Beachtung der Richtlinien nach § 16, insbesondere

1. zur Meldung nach § 9a Absatz 2 Nummer 1,
2. zur Überprüfung der Spenderidentität,

3. zur Überprüfung der Einzelheiten der Einwilligung des Spenders nach § 3 oder der Zustimmung anderer Personen nach § 4,

4. zur Überprüfung des Abschlusses der Organ- und Spendercharakterisierung nach § 10a Absatz 1,

5. zur Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung das Transplantationszentrum, bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12, rechtzeitig erreichen,

6. für die Entnahme, Konservierung, Verpackung und Kennzeichnung von Organen,
7. für den Transport der Organe, um ihre Unversehrtheit während des Transports und eine angemessene Transportdauer sicherzustellen,

8. zur Sicherstellung der Rückverfolgung nach § 13 Absatz 1,

9. zur Sicherstellung der unverzüglichen Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen und der in diesem Zusammenhang getroffenen Maßnahmen auf der Grundlage der Rechtsverordnung nach § 13 Absatz 4.

Die Koordinierungsstelle stellt sicher, dass das von ihr eingesetzte medizinische Personal für seine Aufgaben qualifiziert ist. Sie berät die Entnahmekrankenhäuser bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen und die Transplantationsbeauftragten bei der Auswertung der Todesfälle mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung nach § 9b Absatz 2 Nummer 5 und bei der Verbesserung krankenhauserinterner Handlungsabläufe im Prozess der Organspende. Das Nähere zur Erstellung der Verfahrensanweisungen nach Satz 2 regelt der Vertrag nach Absatz 2.

(1b) Die Koordinierungsstelle wertet die von den Entnahmekrankenhäusern an sie nach § 9a Absatz 2 Nummer 6 zu übermittelnden Daten aus und leitet die Daten und die Ergebnisse der Auswertung standortbezogen an die nach Landesrecht zuständigen Stellen weiter. Die Ergebnisse der Auswertung werden von der Koordinierungsstelle standortbezogen auch an das jeweilige Entnahmekrankenhaus weitergeleitet. Die Anforderungen an die von den Entnahmekrankenhäusern an die Koordinierungsstelle nach § 9a Absatz 2 Nummer 6 zu übermittelnden Daten, das Verfahren für die Übermittlung der Daten, die Auswertung der Daten und an ihre Weiterleitung werden im Vertrag nach Absatz 2 festgelegt.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Koordinierungsstelle regeln durch Vertrag das Nähere zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle mit Wirkung für die Transplantationszentren und die Entnahmekrankenhäuser. Der Vertrag regelt insbesondere

1. die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen sowie die Rahmenregelungen für die Zusammenarbeit der Beteiligten,

2. die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch mit der Vermittlungsstelle,

3. die Unterstützung der Transplantationszentren bei Maßnahmen zur Qualitätssicherung,

4. den Ersatz angemessener Aufwendungen der Koordinierungsstelle für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz einschließlich

a) der pauschalen Abgeltung von Leistungen nach § 9a Absatz 3 Satz 2 und des Ausgleichszuschlags nach § 9a Absatz 3 Satz 3 sowie

b) des Ersatzes der Aufwendungen der Entnahmekrankenhäuser für die Freistellung der Transplantationsbeauftragten nach § 9b Absatz 3 Satz 4 und

5. ein Schlichtungsverfahren bei einer fehlenden Einigung über den Ersatz angemessener Aufwendungen nach Nummer 4.

Die Pauschalen nach § 9a Absatz 3 Satz 2 sind fall- oder tagesbezogen so auszugestalten, dass die einzelnen Prozessschritte ausreichend ausdifferenziert abgebildet werden. Die Höhe der Pauschalen bemisst sich nach dem jeweiligen sächlichen und personellen Gesamtaufwand. Die Höhe des Ausgleichszuschlags nach § 9a Absatz 3 Satz 3 beträgt das Zweifache der Summe der im jeweiligen Fall berechnungsfähigen Pauschalen. Die private Krankenversicherungswirtschaft kann sich an der Finanzierung nach Satz 2 Nummer 4 beteiligen. Der Vertrag nach Satz 1 bedarf des Einvernehmens mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung.

(3) Der Vertrag nach den Absätzen 1 und 2 sowie seine Änderung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Vertrag oder seine Änderung den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entspricht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen. Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach Satz 3 setzen sie eine Kommission ein, die jeweils aus mindestens einem Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und zwei Vertretern der Länder zusammengesetzt ist. Die Koordinierungsstelle, die Transplantationszentren und die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, der Kommission die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Kommission ist verpflichtet, Erkenntnisse über Verstöße gegen dieses Gesetz oder gegen auf Grund dieses Gesetzes erlassene Rechtsverordnungen an die zuständigen Behörden der Länder

weiterzuleiten. Das Nähere zur Zusammensetzung der Kommission, zur Arbeitsweise und zum Verfahren regelt der Vertrag nach Absatz 2.

(4) Die Transplantationszentren und die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, untereinander und mit der Koordinierungsstelle zur Entnahme von Organen sowie zur Entnahme von Geweben bei möglichen Organspendern nach § 3 oder § 4 zusammenzuarbeiten. Die Koordinierungsstelle klärt, ob die Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen. Hierzu erhebt sie die Personalien dieser möglichen Organspender und weitere für die Durchführung der Organentnahme und -vermittlung erforderliche personenbezogene Daten. Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, diese Daten an die Koordinierungsstelle zu übermitteln. Die Organentnahme wird durch die Koordinierungsstelle organisiert und erfolgt durch die von ihr beauftragten Ärzte.

(5) Die Koordinierungsstelle führt ein Verzeichnis über die Entnahmekrankenhäuser nach § 9a und über die Transplantationszentren nach § 10. Sie dokumentiert die Tätigkeiten der Entnahmekrankenhäuser und der Transplantationszentren und veröffentlicht jährlich einen Bericht, der die Tätigkeiten der Entnahmekrankenhäuser und der Transplantationszentren im vergangenen Kalenderjahr nach einheitlichen Vorgaben darstellt und insbesondere folgende, nicht personenbezogene Daten enthält:

1. Zahl und Art der durchgeführten Organentnahmen nach § 9 Absatz 1, getrennt nach Organen von Spendern nach den §§ 3 und 4, einschließlich der Zahl und Art der nach der Entnahme verworfenen Organe,

2. Zahl und Art der durchgeführten Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 und ihre Ergebnisse, getrennt nach Organen von Spendern nach den §§ 3 und 4 sowie nach § 8,

3. die Entwicklung der Warteliste nach § 10 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, insbesondere aufgenommene, transplantierte, aus anderen Gründen ausgeschiedene sowie verstorbene Patienten,

4. die Gründe für die Aufnahme oder Nichtaufnahme in die Warteliste nach § 10 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2,

5. Altersgruppe, Geschlecht, Familienstand und Versichertenstatus der zu den Nummern 2 bis 4 betroffenen Patienten,

6. die Nachbetreuung der Spender nach § 8 Absatz 3 Satz 1 und die Dokumentation ihrer durch die Organspende bedingten gesundheitlichen Risiken,

7. die durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 10 Absatz 2 Nummer 8,

8. die Ergebnisse der Auswertung nach Absatz 1b Satz 1.

In dem Vertrag nach Absatz 2 können einheitliche Vorgaben für den Tätigkeitsbericht und die ihm zugrunde liegenden Angaben der Entnahmekrankenhäuser und der Transplantationszentren vereinbart werden.

(6) (weggefallen)

§ 15b Transplantationsregisterstelle

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragen eine geeignete Einrichtung mit der Errichtung und dem Betrieb einer Transplantationsregisterstelle. Die Transplantationsregisterstelle muss auf Grund einer finanziell und organisatorisch eigenständigen Trägerschaft, der Qualifikation ihrer Mitarbeiter sowie ihrer sachlichen und technischen Ausstattung gewährleisten, dass sie die ihr nach diesem Abschnitt übertragenen Aufgaben erfüllen kann.

(2) Die Transplantationsregisterstelle führt das Transplantationsregister. Sie hat insbesondere

1. die nach § 15e Absatz 1 übermittelten Daten zu erheben, zu speichern und auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit zu überprüfen und, soweit erforderlich, die übermittelnden Stellen über die Vertrauensstelle zur Berichtigung oder Ergänzung der übermittelten Daten aufzufordern,

2. aus den übermittelten Daten einer Organspende und Transplantation Datensätze zu erstellen, diese zu pflegen und fortzuschreiben,

3. die Daten nach § 15f und § 15g zu übermitteln sowie

4. einen jährlichen Tätigkeitsbericht über ihre Arbeit, einschließlich Angaben zur Vollzähligkeit der übermittelten Daten, zu veröffentlichen.

Die von der Vertrauensstelle nach § 15c Absatz 2 Satz 1 übermittelten Daten hat die Transplantationsregisterstelle abweichend von Satz 2

1. getrennt von den nach Satz 2 Nummer 1 erhobenen Daten zu speichern und

2. nach § 15f Absatz 1 und § 15g Absatz 1 zu übermitteln.

(3) Die Transplantationsregisterstelle unterhält zur Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Unterstützung des Fachbeirats nach § 15d eine Geschäftsstelle.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Transplantationsregisterstelle regeln im Einvernehmen mit

dem Verband der Privaten Krankenversicherung durch Vertrag das Nähere zu den Aufgaben, zu dem Betrieb und zu der Finanzierung der Transplantationsregisterstelle mit Wirkung für die zur Übermittlung der transplantationsmedizinischen Daten nach § 15e Absatz 1 Satz 1 Verpflichteten, insbesondere

1. das Nähere zur Arbeitsweise der Geschäftsstelle nach Absatz 3,
2. die Anforderungen an die Verarbeitung der Daten nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 bis 3,
3. die Anforderungen an die Prüfung von Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit der Daten nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,
4. die Zusammenarbeit mit der Vertrauensstelle nach § 15c,
5. die Unterstützung der Transplantationszentren sowie der mit der Nachsorge betrauten Einrichtungen und Ärzte in der ambulanten Versorgung,
6. Maßnahmen zur Einhaltung der Anforderungen an den Datenschutz nach den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679,
7. das Nähere zum Austausch anonymisierter Daten mit anderen wissenschaftlichen Registern nach § 15g Absatz 3,
8. die angemessene Finanzierung der Transplantationsregisterstelle aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung,
9. das Nähere zur Datenübermittlung nach § 15g Absatz 1 und 2 sowie
10. einheitliche Vorgaben für den Tätigkeitsbericht nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 und den Bericht nach § 15g Absatz 4.

Die private Krankenversicherungswirtschaft kann sich an der Finanzierung der Transplantationsregisterstelle beteiligen. Der Vertrag kann auch eine stufenweise Aufnahme des Betriebs der Transplantationsregisterstelle vorsehen. Für Regelungen nach Satz 1 Nummer 2, 4, 6, 7 und 9 ist das Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit herzustellen.

(5) Der Vertrag sowie seine Änderung bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und sind im Bundesanzeiger bekannt zu machen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Vertrag oder seine Änderung den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entspricht.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen.

(7) Die Transplantationsregisterstelle unterliegt der Aufsicht der oder des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. § 16 Absatz 1 Satz 2 bis 4 des Bundesdatenschutzgesetzes ist nicht anzuwenden.

§ 15c Vertrauensstelle

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragen eine unabhängige Vertrauensstelle, die von der Transplantationsregisterstelle räumlich, technisch, organisatorisch und personell getrennt ist. Die Vertrauensstelle pseudonymisiert die personenbezogenen Organspender- und Organempfängerdaten. Die Vertrauensstelle ist zur Wiederherstellung des Personenbezugs der Daten berechtigt, soweit dies zwingend erforderlich ist

1. zur Erfüllung der Aufgaben der Transplantationsregisterstelle nach § 15b Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,

2. zur Erfüllung der Aufgaben der Kommissionen nach § 11 Absatz 3 Satz 4 und § 12 Absatz 5 Satz 4 oder

3. zur Ausübung des Auskunftsrechts des Betroffenen hinsichtlich der Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten durch die Transplantationsregisterstelle.

Die Vertrauensstelle hat eine Wiederherstellung des Personenbezugs der Daten gegenüber der Transplantationsregisterstelle und die Übermittlung des der Pseudonymisierung dienenden Kennzeichens an Dritte auszuschließen.

(2) Die Vertrauensstelle hat die ihr nach § 15e Absatz 8 übermittelten transplantationsmedizinischen Daten zusammenzuführen, sicherzustellen, dass die Daten nicht mehr personenbeziehbar sind, und danach diese Daten an die Transplantationsregisterstelle zu übermitteln. Nach der Übermittlung der Daten an die Transplantationsregisterstelle sind die Daten bei der Vertrauensstelle unverzüglich zu löschen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Vertrauensstelle regeln im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung durch Vertrag das Nähere zu den Aufgaben der Vertrauensstelle nach Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2, zum Verfahren der Datenpseudonymisierung nach Absatz 1 Satz 2 und zum Verfahren der Zusammenführung der Daten nach Absatz 2 Satz 1 sowie zur Finanzierung der Vertrauensstelle aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Über die Regelungen zu den Aufgaben der Vertrauensstelle und zum Verfahren der Datenpseudonymisierung nach Absatz 1 Satz 2 und der Zusammenführung der Daten nach Absatz 2 Satz 1 ist das Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit herzustellen. Die private

Krankenversicherungswirtschaft kann sich an der Finanzierung der Vertrauensstelle beteiligen. Bei der Festlegung des Verfahrens der Datenpseudonymisierung nach Absatz 1 Satz 2 und der Zusammenführung der Daten nach Absatz 2 Satz 1 ist das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu beteiligen.

(4) Der Vertrag sowie seine Änderung bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und sind im Bundesanzeiger bekannt zu machen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Vertrag oder seine Änderung den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entspricht.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen.

(6) Die Vertrauensstelle unterliegt der Aufsicht der oder des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. § 16 Absatz 1 Satz 2 bis 4 des Bundesdatenschutzgesetzes ist nicht anzuwenden.

21. Auszug aus dem Entwicklungshelfer-Gesetz vom 18. Juni 1969 (BGBl. I S. 549), zuletzt durch Artikel 6 Absatz 13 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert

§ 1

Entwicklungshelfer

(1) Entwicklungshelfer im Sinne dieses Gesetzes ist, wer

1. in Entwicklungsländern ohne Erwerbsabsicht Dienst leistet, um in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zum Fortschritt dieser Länder beizutragen (Entwicklungsdienst),
2. sich zur Leistung des Entwicklungsdienstes gegenüber einem anerkannten Träger des Entwicklungsdienstes für eine ununterbrochene Zeit von mindestens einem Jahr vertraglich verpflichtet hat,
3. für den Entwicklungsdienst nur Leistungen erhält, die dieses Gesetz vorsieht,
4. das 18. Lebensjahr vollendet hat und Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes oder Staatsangehöriger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaften ist.

(2) Als Entwicklungshelfer im Sinne dieses Gesetzes gilt auch, wer durch einen anerkannten Träger des Entwicklungsdienstes darauf vorbereitet wird, Entwicklungsdienst zu leisten (Vorbereitungsdienst), für den Vorbereitungsdienst nur Leistungen erhält, die dieses Gesetz vorsieht, neben dem Vorbereitungsdienst keine Tätigkeit gegen Entgelt ausübt und die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 und 4 erfüllt.

22. Auszug aus dem Bundesfreiwilligendienstgesetz

Vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687), zuletzt durch Art. 3, Art. 4 des Freiwilligen-Teilzeitgesetz vom 23.5.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 170) geändert

§ 1

Aufgaben des Bundesfreiwilligendienstes

Im Bundesfreiwilligendienst engagieren sich Frauen und Männer für das Allgemeinwohl, insbesondere im sozialen, ökologischen und kulturellen Bereich sowie im Bereich des Sports, der Integration und des Zivil- und Katastrophenschutzes. Der Bundesfreiwilligendienst fördert das lebenslange Lernen.

§ 2

Freiwillige

Freiwillige im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die

1. die Vollzeitschulpflicht erfüllt haben,
2. einen freiwilligen Dienst
 - a) ohne Erwerbsabsicht, außerhalb einer Berufsausbildung und vergleichbar einer Vollzeitbeschäftigung leisten oder
 - b) ohne Erwerbsabsicht, außerhalb einer Berufsausbildung und vergleichbar einer Teilzeitbeschäftigung von mehr als 20 Stunden pro Woche leisten, sofern sie
 - aa) das 27. Lebensjahr vollendet haben oder
 - bb) das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und ein berechtigtes Interesse der Freiwilligen an einer Teilzeitbeschäftigung vorliegt,
3. sich auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 zur Leistung eines Bundesfreiwilligendienstes für eine Zeit von mindestens sechs Monaten und höchstens 24 Monaten verpflichtet haben und
4. für den Dienst nur unentgeltliche Unterkunft, Verpflegung und Arbeitskleidung sowie ein angemessenes Taschengeld oder anstelle von Unterkunft, Verpflegung und Arbeitskleidung entsprechende Geldersatzleistungen erhalten dürfen; ein Taschengeld ist dann angemessen, wenn es
 - a) 6 Prozent der in der allgemeinen Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt,
 - b) dem Taschengeld anderer Personen entspricht, die einen Jugendfreiwilligendienst nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz leisten und eine vergleichbare Tätigkeit in derselben Einsatzstelle ausüben und
 - c) bei einem Dienst vergleichbar einer Teilzeitbeschäftigung gekürzt ist.

§ 3

Einsatzbereiche, Dauer

(1) Der Bundesfreiwilligendienst wird in der Regel ganztägig als überwiegend praktische Hilfstätigkeit in gemeinwohlorientierten Einrichtungen geleistet, insbesondere in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, einschließlich der Einrichtungen für außerschulische Jugendbildung und für Jugendarbeit, in Einrichtungen der Wohlfahrts-, Gesundheits- und

Altenpflege, der Behindertenhilfe, der Kultur und Denkmalpflege, des Sports, der Integration, des Zivil- und Katastrophenschutzes und in Einrichtungen, die im Bereich des Umweltschutzes einschließlich des Naturschutzes und der Bildung zur Nachhaltigkeit tätig sind. Der Bundesfreiwilligendienst ist arbeitsmarktneutral auszugestalten.

(2) Der Bundesfreiwilligendienst wird in der Regel für eine Dauer von zwölf zusammenhängenden Monaten geleistet. Der Dienst dauert mindestens sechs Monate und höchstens 18 Monate. Er kann ausnahmsweise bis zu einer Dauer von 24 Monaten verlängert werden, wenn dies im Rahmen eines besonderen pädagogischen Konzepts begründet ist. Im Rahmen eines pädagogischen Gesamtkonzepts ist auch eine Ableistung in zeitlich getrennten Abschnitten möglich, wenn ein Abschnitt mindestens drei Monate dauert. Die Gesamtdauer aller Abschnitte sowie mehrerer geleisteter Bundesfreiwilligendienste darf bis zum 27. Lebensjahr die zulässige Gesamtdauer nach den Sätzen 2 und 3 nicht überschreiten, danach müssen zwischen jedem Ableisten der nach den Sätzen 2 und 3 zulässigen Gesamtdauer fünf Jahre liegen; auf das Ableisten der Gesamtdauer ist ein Jugendfreiwilligendienst nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz anzurechnen.

§ 4

Pädagogische Begleitung

(1) Der Bundesfreiwilligendienst wird pädagogisch begleitet mit dem Ziel, soziale, ökologische, kulturelle und interkulturelle Kompetenzen zu vermitteln und das Verantwortungsbewusstsein für das Gemeinwohl zu stärken.

(2) Die Freiwilligen erhalten von den Einsatzstellen fachliche Anleitung.

(3) Während des Bundesfreiwilligendienstes finden Seminare statt, für die Teilnahme Pflicht besteht. Die Seminarzeit gilt als Dienstzeit. Die Gesamtdauer der Seminare beträgt bei einer zwölfmonatigen Teilnahme am Bundesfreiwilligendienst mindestens 25 Tage; Freiwillige, die das 27. Lebensjahr vollendet haben, nehmen in angemessenem Umfang an den Seminaren teil. Wird ein Dienst über den Zeitraum von zwölf Monaten hinaus vereinbart oder verlängert, erhöht sich die Zahl der Seminartage für jeden weiteren Monat um mindestens einen Tag. Bei einem kürzeren Dienst als zwölf Monate verringert sich die Zahl der Seminartage für jeden Monat um zwei Tage. Die Freiwilligen wirken an der inhaltlichen Gestaltung und der Durchführung der Seminare mit.

(4) Die Freiwilligen nehmen im Rahmen der Seminare nach Absatz 3 an einem fünftägigen Seminar zur politischen Bildung teil. In diesem Seminar darf die Behandlung politischer Fragen nicht auf die Darlegung einer einseitigen Meinung beschränkt werden. Das Gesamtbild des Unterrichts ist so zu gestalten, dass die Dienstleistenden nicht zugunsten oder zuungunsten einer bestimmten politischen Richtung beeinflusst werden.

(5) Die Seminare, insbesondere das Seminar zur politischen Bildung, können gemeinsam für Freiwillige und Personen, die Jugendfreiwilligendienste oder freiwilligen Wehrdienst leisten, durchgeführt werden.

§ 5

Anderer Dienst im Ausland

Die bestehenden Anerkennungen sowie die Möglichkeit neuer Anerkennungen von Trägern, Vorhaben und Einsatzplänen des Anderen Dienstes im Ausland nach § 14b Absatz 3 des Zivildienstgesetzes bleiben unberührt.

§ 6

Einsatzstellen

(1) Die Freiwilligen leisten den Bundesfreiwilligendienst in einer dafür anerkannten Einsatzstelle.

(2) Eine Einsatzstelle kann auf ihren Antrag von der zuständigen Bundesbehörde anerkannt werden, wenn sie

1. Aufgaben insbesondere in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, einschließlich der Einrichtungen für außerschulische Jugendbildung und für Jugendarbeit, in Einrichtungen der Wohlfahrts-, Gesundheits- und Altenpflege, der Behindertenhilfe, der Kultur und Denkmalpflege, des Sports, der Integration, des Zivil- und Katastrophenschutzes und in Einrichtungen, die im Bereich des Umweltschutzes einschließlich des Naturschutzes und der Bildung zur Nachhaltigkeit tätig sind, wahrnimmt,
2. die Gewähr bietet, dass Beschäftigung, Leitung und Betreuung der Freiwilligen den Bestimmungen dieses Gesetzes entsprechen sowie
3. die Freiwilligen persönlich und fachlich begleitet und für deren Leitung und Betreuung qualifiziertes Personal einsetzt.

Die Anerkennung wird für bestimmte Plätze ausgesprochen. Sie kann mit Auflagen verbunden werden.

(3) Die am 1. April 2011 nach § 4 des Zivildienstgesetzes anerkannten Beschäftigungsstellen und Dienstplätze des Zivildienstes gelten als anerkannte Einsatzstellen und -plätze nach Absatz 2.

(4) Die Anerkennung ist zurückzunehmen oder zu widerrufen, wenn eine der in Absatz 2 genannten Voraussetzungen nicht vorgelegen hat oder nicht mehr vorliegt. Sie kann auch aus anderen wichtigen Gründen widerrufen werden, insbesondere, wenn eine Auflage nicht oder nicht innerhalb der gesetzten Frist erfüllt worden ist.

(5) Die Einsatzstelle kann mit der Erfüllung von gesetzlichen oder sich aus der Vereinbarung ergebenden Aufgaben mit deren Einverständnis einen Träger oder eine Zentralstelle beauftragen. Dies ist im Vorschlag nach § 8 Absatz 1 festzuhalten.

§ 7 Zentralstellen

(1) Träger und Einsatzstellen können Zentralstellen bilden. Die Zentralstellen tragen dafür Sorge, dass die ihnen angehörenden Träger und Einsatzstellen ordnungsgemäß an der Durchführung des Bundesfreiwilligendienstes mitwirken. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, Mindestanforderungen für die Bildung einer Zentralstelle, insbesondere hinsichtlich der für die Bildung einer Zentralstelle erforderlichen Zahl, Größe und geografischen Verteilung der Einsatzstellen und Träger.

(2) Für Einsatzstellen und Träger, die keinem bundeszentralen Träger angehören, richtet die zuständige Bundesbehörde auf deren Wunsch eine eigene Zentralstelle ein.

(3) Jede Einsatzstelle ordnet sich einer oder mehreren Zentralstellen zu.

(4) Die Zentralstellen können den ihnen angeschlossenen Einsatzstellen Auflagen erteilen, insbesondere zum Anschluss an einen Träger sowie zur Gestaltung und Organisation der pädagogischen Begleitung der Freiwilligen.

(5) Die zuständige Behörde teilt den Zentralstellen nach Inkrafttreten des jährlichen Haushaltsgesetzes bis möglichst zum 31. Januar eines jeden Jahres mit, wie viele Plätze im Bereich der Zuständigkeit der jeweiligen Zentralstelle ab August des Jahres besetzt werden können. Die Zentralstellen nehmen die regional angemessene Verteilung dieser Plätze auf die ihnen zugeordneten Träger und Einsatzstellen in eigener Verantwortung vor. Sie können die Zuteilung von Plätzen mit Auflagen verbinden.

§ 8 Vereinbarung

(1) Der Bund und die oder der Freiwillige schließen vor Beginn des Bundesfreiwilligendienstes auf gemeinsamen Vorschlag der oder des Freiwilligen und der Einsatzstelle eine schriftliche Vereinbarung ab. Die Vereinbarung muss enthalten:

1. Vor- und Familienname, Geburtstag und Anschrift der oder des Freiwilligen, bei Minderjährigen die Anschrift der Erziehungsberechtigten sowie die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters,
2. die Bezeichnung der Einsatzstelle und, sofern diese einem Träger angehört, die Bezeichnung des Trägers,

3. die Angabe des Zeitraumes, für den die oder der Freiwillige sich zum Bundesfreiwilligendienst verpflichtet sowie eine Regelung zur vorzeitigen Beendigung des Dienstverhältnisses,
4. den Hinweis, dass die Bestimmungen dieses Gesetzes während der Durchführung des Bundesfreiwilligendienstes einzuhalten sind,
5. Angaben zur Art und Höhe der Geld- und Sachleistungen sowie
6. die Angabe der Anzahl der Urlaubstage und der Seminartage.

(2) Die Einsatzstelle kann mit der Erfüllung von gesetzlichen oder sich aus der Vereinbarung ergebenden Aufgaben einen Träger oder eine Zentralstelle beauftragen. Dies ist im Vorschlag nach Absatz 1 festzuhalten.

(3) Die Einsatzstelle legt den Vorschlag in Absprache mit der Zentralstelle, der sie angeschlossen ist, der zuständigen Bundesbehörde vor. Die Zentralstelle stellt sicher, dass ein besetzbarer Platz nach § 7 Absatz 5 zur Verfügung steht. Die zuständige Bundesbehörde unterrichtet die Freiwillige oder den Freiwilligen sowie die Einsatzstelle, gegebenenfalls den Träger und die Zentralstelle, über den Abschluss der Vereinbarung oder teilt ihnen die Gründe mit, die dem Abschluss einer Vereinbarung entgegenstehen.

§ 9

Haftung

(1) Für Schäden, die die oder der Freiwillige vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführt hat, haftet der Bund, wenn die schädigende Handlung auf sein Verlangen vorgenommen worden ist. Insoweit kann die oder der Freiwillige verlangen, dass der Bund sie oder ihn von Schadensersatzansprüchen der oder des Geschädigten freistellt.

(2) Für Schäden bei der Ausübung ihrer Tätigkeit haften Freiwillige nur wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

§ 10

Beteiligung der Freiwilligen

Die Freiwilligen wählen Sprecherinnen und Sprecher, die ihre Interessen gegenüber den Einsatzstellen, Trägern, Zentralstellen und der zuständigen Bundesbehörde vertreten. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend regelt die Einzelheiten zum Wahlverfahren durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf.

§ 11

Bescheinigung, Zeugnis

(1) Die Einsatzstelle stellt der oder dem Freiwilligen nach Abschluss des Dienstes eine Bescheinigung über den geleisteten Dienst aus. Eine Zweitausfertigung der Bescheinigung ist der zuständigen Bundesbehörde zuzuleiten.

(2) Bei Beendigung des freiwilligen Dienstes erhält die oder der Freiwillige von der Einsatzstelle ein schriftliches Zeugnis über die Art und Dauer des freiwilligen Dienstes. Das Zeugnis ist auf die Leistungen und die Führung während der Dienstzeit zu erstrecken. Dabei sind in das Zeugnis berufsqualifizierende Merkmale des Bundesfreiwilligendienstes aufzunehmen.

23. Auszug aus dem Jugendfreiwilligendienstgesetz

Vom 16. Mai 2008 (BGBl. I S. 842), zuletzt durch Art. 1, Art. 2 Freiwilligen-TeilzeitG vom 23.5.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 170) geändert

§ 1

Fördervoraussetzungen

(1) Jugendfreiwilligendienste fördern die Bildungsfähigkeit der Jugendlichen und gehören zu den besonderen Formen des bürgerschaftlichen Engagements. Ein Jugendfreiwilligendienst wird gefördert, wenn die in den §§ 2 bis 8 genannten Voraussetzungen erfüllt sind und der Dienst von einem nach § 10 zugelassenen Träger durchgeführt wird. Die Förderung dient dazu, die Härten und Nachteile zu beseitigen, die mit der Ableistung des Jugendfreiwilligendienstes im Sinne dieses Gesetzes verbunden sind.

(2) Jugendfreiwilligendienste im Sinne des Gesetzes sind das freiwillige soziale Jahr (FSJ) und das freiwillige ökologische Jahr (FÖJ).

§ 2

Freiwillige

(1) Freiwillige im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die

1. die Vollzeitschulpflicht erfüllt haben, aber das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
2. einen freiwilligen Dienst
 - a) ohne Erwerbsabsicht, außerhalb einer Berufsausbildung und vergleichbar einer Vollzeitbeschäftigung leisten oder
 - b) ohne Erwerbsabsicht, außerhalb einer Berufsausbildung und vergleichbar einer Teilzeitbeschäftigung von mehr als 20 Stunden pro Woche leisten, sofern ein berechtigtes Interesse der Freiwilligen an einer Teilzeitbeschäftigung vorliegt,
3. sich auf Grund einer Vereinbarung nach § 11 zur Leistung des freiwilligen Dienstes für eine Zeit von mindestens sechs Monaten und höchstens 24 Monaten verpflichtet haben und
4. für den freiwilligen Dienst

- a) nur unentgeltliche Unterkunft, Verpflegung und Arbeitskleidung sowie ein angemessenes Taschengeld erhalten dürfen oder
- b) anstelle von unentgeltlicher Unterkunft, Verpflegung und Arbeitskleidung entsprechende Geldersatzleistungen sowie ein angemessenes Taschengeld erhalten dürfen.

Angemessen ist ein Taschengeld, wenn es 6 Prozent der in der allgemeinen Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt. Bei einem freiwilligen Dienst vergleichbar einer Teilzeitbeschäftigung ist dieser Prozentsatz zu kürzen.

(2) Als Freiwillige gelten auch Personen, die durch einen nach § 10 zugelassenen Träger des Jugendfreiwilligendienstes darauf vorbereitet werden, einen Jugendfreiwilligendienst im Ausland zu leisten (Vorbereitungsdienst), für den Vorbereitungsdienst nur Leistungen erhalten, die dieses Gesetz vorsieht, und neben dem Vorbereitungsdienst keine Tätigkeit gegen Entgelt ausüben sowie die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nummer 1 und 3 erfüllen.

§ 3

Freiwilliges soziales Jahr

(1) Das freiwillige soziale Jahr wird als überwiegend praktische Hilfstätigkeit, die an Lernzielen orientiert ist, in gemeinwohlorientierten Einrichtungen geleistet, insbesondere in Einrichtungen der Wohlfahrtspflege, in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, einschließlich der Einrichtungen für außerschulische Jugendbildung und Einrichtungen für Jugendarbeit, in Einrichtungen der Gesundheitspflege, in Einrichtungen der Kultur und Denkmalpflege oder in Einrichtungen des Sports.

(2) Das freiwillige soziale Jahr wird pädagogisch begleitet. Die pädagogische Begleitung wird von einer zentralen Stelle eines nach § 10 zugelassenen Trägers des Jugendfreiwilligendienstes sichergestellt mit dem Ziel, soziale, kulturelle und interkulturelle Kompetenzen zu vermitteln und das Verantwortungsbewusstsein für das Gemeinwohl zu stärken.

§ 4

Freiwilliges ökologisches Jahr

(1) Das freiwillige ökologische Jahr wird als überwiegend praktische Hilfstätigkeit, die an Lernzielen orientiert ist, in geeigneten Stellen und Einrichtungen geleistet, die im Bereich des Natur- und Umweltschutzes einschließlich der Bildung zur Nachhaltigkeit tätig sind.

(2) Das freiwillige ökologische Jahr wird pädagogisch begleitet. Die pädagogische Begleitung wird von einer zentralen Stelle eines nach § 10 zugelassenen Trägers des Jugendfreiwilligendienstes sichergestellt mit dem Ziel, soziale, kulturelle und interkulturelle Kompetenzen zu vermitteln und das Verantwortungsbewusstsein für das Gemeinwohl zu stärken. Im freiwilligen ökologischen Jahr sollen insbesondere der nachhaltige Umgang mit Natur und

Umwelt gestärkt und Umweltbewusstsein entwickelt werden, um ein kompetentes Handeln für Natur und Umwelt zu fördern.

§ 5

Jugendfreiwilligendienste im Inland

(1) Das freiwillige soziale Jahr und das freiwillige ökologische Jahr im Inland werden in der Regel für eine Dauer von zwölf zusammenhängenden Monaten geleistet. Die Minstdauer bei demselben nach § 10 anerkannten Träger beträgt sechs Monate, der Dienst kann bis zu der Gesamtdauer von insgesamt 18 Monaten verlängert werden. Der Träger kann den Jugendfreiwilligendienst im Rahmen des pädagogischen Gesamtkonzepts auch unterbrochen zur Ableistung in Abschnitten anbieten, wenn ein Abschnitt mindestens drei Monate dauert.

(2) Die pädagogische Begleitung umfasst die an Lernzielen orientierte fachliche Anleitung der Freiwilligen durch die Einsatzstelle, die individuelle Betreuung durch pädagogische Kräfte des Trägers und durch die Einsatzstelle sowie die Seminararbeit. Es werden ein Einführungs-, ein Zwischen- und ein Abschlusssseminar durchgeführt, deren Minstdauer je fünf Tage beträgt. Die Gesamtdauer der Seminare beträgt bezogen auf eine zwölfmonatige Teilnahme am Jugendfreiwilligendienst mindestens 25 Tage. Wird ein Dienst über den Zeitraum von zwölf Monaten hinaus vereinbart oder verlängert, erhöht sich die Zahl der Seminartage um mindestens einen Tag je Monat der Verlängerung. Die Seminarzeit gilt als Dienstzeit. Die Teilnahme ist Pflicht. Die Freiwilligen wirken an der inhaltlichen Gestaltung und der Durchführung der Seminare mit.

(3) Bis zu einer Höchstdauer von insgesamt 18 Monaten können ein freiwilliges soziales Jahr und ein freiwilliges ökologisches Jahr mit einer Minstdienstdauer von sechs Monaten nacheinander geleistet werden. In diesem Fall richtet sich die Zahl der Seminartage für jeden einzelnen Dienst nach Absatz 2. Auf die Gesamtdauer ist ein Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz anzurechnen.

(4) Zur Durchführung des Jugendfreiwilligendienstes nach diesem Gesetz schließen zugelassene Träger und Einsatzstellen eine vertragliche Vereinbarung. Die Vereinbarung legt fest, in welcher Weise Träger und Einsatzstellen die Ziele des Dienstes, insbesondere soziale Kompetenz, Persönlichkeitsbildung sowie die Förderung der Bildungs- und Beschäftigungsfähigkeit der Freiwilligen gemeinsam verfolgen.

§ 6

Jugendfreiwilligendienst im Ausland

(1) Ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne dieses Gesetzes kann auch im Ausland geleistet werden.

(2) Der Jugendfreiwilligendienst im Ausland wird als Dienst gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 und ausschließlich ununterbrochen geleistet. § 5 gilt entsprechend, soweit keine abweichenden Regelungen für den Jugendfreiwilligendienst im Ausland vorgesehen sind. Zum freiwilligen sozialen Jahr im Ausland gehört insbesondere auch der Dienst für Frieden und Versöhnung. Der Jugendfreiwilligendienst im Ausland wird nach Maßgabe der Nummern 1 bis 3 pädagogisch begleitet:

1. Die pädagogische Begleitung wird von einem nach § 10 zugelassenen Träger sichergestellt,
2. zur Vorbereitung auf den Jugendfreiwilligendienst und während des Dienstes im Ausland erfolgt die pädagogische Begleitung in Form von Bildungsmaßnahmen (Seminaren oder pädagogischen Veranstaltungen), durch fachliche Anleitung durch die Einsatzstelle und die individuelle Betreuung durch pädagogische Kräfte der Einsatzstelle oder des Trägers; die Freiwilligen wirken an der inhaltlichen Gestaltung und Durchführung der Bildungsmaßnahmen mit,
3. die Gesamtdauer der Bildungsmaßnahmen beträgt, bezogen auf eine zwölfmonatige Teilnahme am Jugendfreiwilligendienst im Ausland, mindestens fünf Wochen.

Die pädagogische Begleitung soll in der Weise erfolgen, dass jeweils in der Bundesrepublik Deutschland vorbereitende Veranstaltungen von mindestens vierwöchiger Dauer und nachbereitende Veranstaltungen von mindestens einwöchiger Dauer stattfinden. Falls der Träger ein Zwischenseminar im Ausland sicherstellen kann, das regelmäßig bis zu zwei Wochen dauern kann, verkürzen sich die vorbereitenden Veranstaltungen entsprechend. Die Teilnahme an den Bildungsmaßnahmen gilt als Dienstzeit. Die Teilnahme ist Pflicht.

(3) Der Dienst muss nach Maßgabe des § 11 Abs. 1 mit dem Träger vereinbart und gestaltet werden. § 11 Abs. 2 findet keine Anwendung. Die Höchstdauer der Entsendung beträgt 18 Monate. Für die Zahl zusätzlicher Seminartage gilt § 5 Absatz 2 Satz 3 und 4 entsprechend.

§ 7

Kombinierter Jugendfreiwilligendienst

Ein kombinierter Jugendfreiwilligendienst im In- und Ausland kann vom Träger angeboten werden, wenn insgesamt eine Dauer von 18 zusammenhängenden Monaten nicht überschritten wird und die Einsatzabschnitte im In- und Ausland jeweils mindestens drei Monate dauern. Der Dienst ist für den Gesamtzeitraum nach § 11 Absatz 1 mit dem Träger zu vereinbaren und zu gestalten. § 11 Absatz 2 findet keine Anwendung. Die pädagogische Begleitung soll nach Maßgabe des § 6 erfolgen; Zwischenseminare können auch im Inland stattfinden. § 5 Absatz 2 gilt für kürzer oder länger als zwölf Monate dauernde Dienste entsprechend.

§ 8

Zeitliche Ausnahmen

Der Jugendfreiwilligendienst nach den §§ 5, 6 und 7 kann ausnahmsweise bis zu einer Dauer von 24 Monaten geleistet werden, wenn dies im Rahmen eines besonderen pädagogischen Konzepts begründet ist.

24. Auszug aus der Gebührenordnung für Ärzte

In der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt durch Artikel 3b Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und VersorgungsverbesserungsG vom 19.7.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert

§ 2

Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muß neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im Übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

25. Auszug aus der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte

Nummer €	Leistung	Punktzahl	Gebühr in
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	250	14,57
860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer		

Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen	920	53,62

Die Nummer 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 860 sind die Leistungen nach den Nummern 807 und 835 nicht berechnungsfähig.

861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	690	40,22
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11
863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	690	40,22
864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung	345	20,11
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten - gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten -	750	43,72
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	8,74

Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.

26. Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte

Vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt durch Änderungsbekundung vom 2.7.2012 (BAnz AT 2.7.2012 B3) geändert

§ 2

Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Absatz 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Absatz 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich zu treffen. Dieses muß neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muß vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muß die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, daß es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Absatz 1 bleibt unberührt.

(4) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlzahnarzt persönlich erbrachte Leistungen zulässig.

§ 4 Gebühren

(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannten zahnärztlichen Leistungen.

(2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil

einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.

§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

(1) Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.

(2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1 000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1 000 Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.

27. Auszug aus der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte

G.

Kieferorthopädische Leistungen Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 6100, 6120, 6140 und 6150 beinhalten auch die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien wie zum Beispiel unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachments und Edelstahlbänder.

Werden darüber hinausgehende Materialien verwendet, können die Mehrkosten für diese Materialien gesondert berechnet werden, wenn dies vor der Verwendung mit dem Zahlungspflichtigen nach persönlicher Absprache schriftlich vereinbart worden ist. Diese Vereinbarung hat Angaben über die voraussichtliche Höhe der einzelnen Material- und Laborkosten und die Material- und Laborkosten der in Abzug zu bringenden Standardmaterialien zu enthalten. In der Vereinbarung ist darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

28. Auszug aus dem Abgeordnetengesetzes

In der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Februar 1996 (BGBl. I S. 326), zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. Oktober 2021 (BGBl. I S. 4650) geändert

§ 27 Zuschuss zu den Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen

(1) Die Mitglieder des Bundestages erhalten einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege-, und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der für Bundesbeamte geltenden Vorschriften. Das gilt auch für Versorgungsempfänger nach diesem Gesetz, soweit nicht auf Grund eines Dienstverhältnisses oder der Mitgliedschaft in einer anderen gesetzgebenden Körperschaft ein Anspruch auf Beihilfe besteht und auf den Anspruch nach diesem Gesetz gegenüber dem Bundestag schriftlich verzichtet wurde.

(2) Anstelle des Anspruchs auf den Zuschuß nach Absatz 1 erhalten die Mitglieder und Versorgungsempfänger einen Zuschuß zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen, wenn der Arbeitgeber keine Beiträge nach § 249 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches zahlt oder kein Anspruch auf einen Beitragszuschuß nach § 257 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches besteht. Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und entweder den darauf entfallenden Krankenversicherungsbeitrag nach § 249a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nur zur Hälfte tragen oder gemäß § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch einen Beitragszuschuß beziehen, erhalten für diesen rentenbezogenen Krankenversicherungsbeitrag keinen Zuschuß. Als Zuschuss ist die Hälfte des aus eigenen Mitteln geleisteten Krankenversicherungsbeitrages in Anlehnung an § 249 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlen. Besteht die Mitgliedschaft nicht ausschließlich in einer gesetzlichen Krankenkasse gemäß § 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, beträgt der Zuschuss höchstens die Hälfte des Beitrages nach § 249 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Der Anspruch auf den Zuschuß zu den Krankenversicherungsbeiträgen nach Absatz 2 schließt bei Mitgliedern des Bundestages ein den Anspruch auf einen Zuschuß in Höhe der Hälfte des aus eigenen Mitteln geleisteten Pflegeversicherungsbeitrages, höchstens jedoch die Hälfte des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung. Der Zuschuss umfasst nicht den Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(4) Die Entscheidung darüber, ob das Mitglied anstelle der Leistungen nach Absatz 1 den Zuschuß nach Absatz 2 in Anspruch nehmen will, ist innerhalb von vier Monaten nach Feststellung des Bundeswahlausschusses (§ 42 Abs. 2 Satz 1 des Bundeswahlgesetzes) oder Annahme des Mandats dem Präsidenten des Bundestages mitzuteilen; die Entscheidung ist für die Dauer der Wahlperiode unwiderruflich. Versorgungsempfänger haben die Entscheidung innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Versorgungsbescheides dem Präsidenten mitzuteilen; sie bleiben an diese Entscheidung gebunden.

29. Auszug aus dem Landesabgeordnetengesetzes

Vom 9. Oktober 2019 (GVBl. S. 674), zuletzt geändert durch Gesetz vom 10. März 2022 (GVBl. S. 106)

§ 19

Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen

(1) Die Abgeordneten und die Versorgungsempfängerinnen und -empfänger nach diesem Gesetz erhalten auf Antrag einen Zuschuss zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen, wenn sie nicht nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften Anspruch auf einen Zuschuss oder Beitragsanteil zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen haben. Versorgungsempfängerin und -empfänger im Sinne dieser Vorschrift ist ein ehemaliges Mitglied des Abgeordnetenhauses, das Altersentschädigung bezieht oder dessen Anspruch auf Altersentschädigung deshalb ruht, weil es Übergangsgeld bezieht, sowie eine Person, die Hinterbliebenenversorgung bezieht.

(2) Als Zuschuss sind 40 vom Hundert des höchsten allgemeinen Gesamtbeitrages zu zahlen, der bei Krankenversicherungspflicht an die für das Land Berlin zuständige Allgemeine Ortskrankenkasse zu leisten wäre.

(3) Der Zuschuss wird gewährt für die Dauer des Bezugs von Übergangsgeld nach § 10 Absatz 1, mindestens jedoch für die Dauer von sechs Monaten nach Ausscheiden aus dem Abgeordnetenhaus. Anträge gemäß § 10 Absatz 3 bleiben auf die Dauer der Gewährung ohne Einfluss. Besteht ein Anspruch auf einen Zuschuss auch nach § 27 des Abgeordnetengesetzes des Bundes, so ruht der Anspruch nach diesem Gesetz.

30. Auszug aus der Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Bestimmung weiterer Werte zum 1. Juli 2023 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2023 - RWBestV 2023)
Vom 21. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 164)

§ 1

Aktueller Rentenwert und aktueller Rentenwert (Ost) in der gesetzlichen Rentenversicherung

- (1) Der aktuelle Rentenwert beträgt ab dem 1. Juli 2023 37,60 Euro.
- (2) Der aktuelle Rentenwert (Ost) beträgt ab dem 1. Juli 2023 37,60 Euro.

31. Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch - Soziale Entschädigung - (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB XIV)

Artikel 1 des Gesetzes vom 12.12.2019 BGBl. I S. 2652 (Nr. 50); zuletzt geändert durch Artikel 1 der VO zur Anpassung der Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch vom 17.6.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 195).

32. Gesetz über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts

Vom 20. August 2021 (BGBl. I 3932 ff)