

2030-2-27-F

Verordnung zur Änderung der Bayerischen Beihilfeverordnung

vom 27. August 2024

Auf Grund des Art. 96 Abs. 5 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) vom 29. Juli 2008 (GVBl. S. 500, BayRS 2030-1-1-F), das zuletzt durch Verordnung vom 4. Oktober 2023 (GVBl. S. 595) geändert worden ist, verordnet das Bayerische Staatsministerium der Finanzen und für Heimat:

§ 1

Die Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV) vom 2. Januar 2007 (GVBl. S. 15, BayRS 2030-2-27-F), die zuletzt durch § 9 des Gesetzes vom 10. März 2023 (GVBl. S. 80) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 3 Nr. 2 werden die Wörter „(Art. 36 Abs. 7 des Bayerischen Besoldungsgesetzes – BayBesG)“ gestrichen.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Abs. 1 Nr. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
 - b) In Abs. 2 Halbsatz 2 werden die Wörter „ , ggf. verlängert um Zeiträume nach § 32 Abs. 5 EStG“ gestrichen.
 - c) In Abs. 3 Nr. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
3. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Der Wortlaut wird Satz 1 und wie folgt geändert:
 - aaa) Vor Nr. 1 wird folgende Nr. 1 eingefügt:
 - „1. aus einem neuen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem bereits bestehenden Dienstverhältnis,“.
 - bbb) Die bisherige Nr. 1 wird Nr. 2.

ccc) Die bisherige Nr. 2 wird Nr. 3 und die Wörter „ ; dies gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um ein Witwengeld oder Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner handelt“ werden gestrichen.

bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Satz 1 Nr. 3 gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um ein Witwengeld oder Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner handelt.“

- b) In Abs. 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Vorschriften“ die Wörter „oder ein dem Grunde nach bestehender Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegeln für Beamtinnen und Beamte“ eingefügt.
 - c) In Abs. 6 Satz 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
4. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) In Abs. 1 Satz 1 und 5 Nr. 2 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
 - b) In Abs. 2 Nr. 2 wird die Angabe „BayBesG“ durch die Wörter „des Bayerischen Besoldungsgesetzes (BayBesG)“ ersetzt.
5. § 7 Abs. 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Nr. 1 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
 - b) In Nr. 4 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.
 - c) Folgende Nr. 5 wird angefügt:
 - „5. Aufwendungen im Zusammenhang mit der Erbringung medizinischer Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien für die Beschaffung, den Betrieb oder die technische

Anbindung der Endgeräte sowie für Telekommunikationsdienstleistungen; dies gilt nicht für Aufwendungen für Geräte und deren Betrieb, die ausschließlich für eine medizinische Behandlung notwendig sind.“

6. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) ¹Zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören Leistungen der

1. psychosomatischen Grundversorgung (§ 10),
2. Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (Abs. 4),
3. psychotherapeutischen Akutbehandlung (Abs. 6),
4. tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 11),
5. Verhaltenstherapien (§ 12),
6. Systemischen Therapie (§ 12a).“

b) Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nr. 2 werden die Wörter „höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie bis zu acht“ durch das Wort „den“ ersetzt und nach dem Wort „Sitzungen“ wird die Angabe „nach Abs. 5“ eingefügt.

bbb) In Nr. 3 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „zuletzt geändert 22. November 2019 (BAnz AT 23. Januar 2020 B4)“ durch die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.

c) Nach Abs. 2 werden die folgenden Abs. 3 bis 5 eingefügt:

„(3) Auf die Einholung eines Gutachtens im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 kann verzichtet werden, wenn sichergestellt ist, dass die zuständige Beihilfefeststellungsstelle selbst in der Lage ist, Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung

zu bewerten.

(4) ¹Aufwendungen für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung sind je Krankheitsfall für bis zu vier Sitzungen in Einheiten von 100 Minuten beihilfefähig. ²Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind unter Einbeziehung von Bezugspersonen zusätzlich bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall beihilfefähig. ³Die Sitzungen können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden.

(5) ¹Aufwendungen für bis zu fünf probatorische Sitzungen, bei analytischer Psychotherapie für bis zu acht probatorische Sitzungen, sind beihilfefähig, auch wenn Bezugspersonen einbezogen werden. ²Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind zwei zusätzliche probatorische Sitzungen beihilfefähig. ³Die probatorische Sitzung umfasst im Einzelsetting 50 Minuten und im Gruppensetting 100 Minuten. ⁴Probatorische Sitzungen im Gruppensetting können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden. ⁵Probatorische Sitzungen sind nicht auf die beihilfefähigen Kontingente der Behandlungen von Kurz- oder Langzeittherapien anzurechnen.“

d) Der bisherige Abs. 3 wird Abs. 6 und wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„¹Aufwendungen für Leistungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Sitzungen je Krankheitsfall beihilfefähig.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„²Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind abweichend von Satz 1 bis zu 30 Sitzungen als Einzeltherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig.“

cc) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3 und in Halbsatz 2 wird das Wort „gilt“ durch die Wörter „und Abs. 3 gelten“ ersetzt.

- dd) Der bisherige Satz 3 wird Satz 4.
- e) Die bisherigen Abs. 4 und 5 werden die Abs. 7 und 8.
- f) Der bisherige Abs. 6 wird Abs. 9 und die Angabe „bzw.“ wird jeweils durch das Wort „oder“ ersetzt.
- g) Der bisherige Abs. 7 wird Abs. 10.
7. In § 10 Abs. 3 Satzteil vor Nr. 1 und Abs. 4 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
8. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 Satzteil vor Nr. 1 werden die Wörter „nach Anlage Nr. 860 bis 865 GOÄ“ gestrichen.
- bb) In Satz 5 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „ , auch in Fällen des § 9 Abs. 3.“ ersetzt.
- b) Abs. 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt und nach der Angabe „24 Sitzungen“ die Wörter „ , bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung für nicht mehr als 30 Sitzungen unter Einbeziehung von Bezugspersonen,“ eingefügt.
- bb) In Satz 3 wird nach der Angabe „24“ die Angabe „oder 30“ eingefügt.
- c) In Abs. 5 Satz 1 Satzteil vor Nr. 1, Satz 2 Satzteil vor Nr. 1 und im Satzteil nach Nr. 3 sowie in Satz 3 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- d) Abs. 7 wird wie folgt geändert:
- aa) Der Wortlaut wird Satz 1.
- bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:
- „²Abweichend von Satz 1 sind bei einem Beginn der Behandlung zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr auch Aufwendungen für Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des Abs. 6 zu den in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 sowie Satz 3 genannten Grundsätzen beihilfefähig.“
9. § 12 wird wie folgt geändert:
- a) In Abs. 1 Satzteil vor Nr. 1 werden die Wörter „nach Anlage Nr. 870 und 871 GOÄ“ gestrichen.
- b) In Abs. 3 Satzteil vor Nr. 1 und Satz 2 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- c) Abs. 5 wird wie folgt geändert:
- aa) Der Wortlaut wird Satz 1.
- bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:
- „²Abweichend von Satz 1 sind bei einem Beginn der Behandlung zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr auch Aufwendungen für Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des Abs. 4 beihilfefähig.“
10. In § 12a Abs. 3 Satz 1 Satzteil vor Nr. 1 und Satz 2 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
11. In § 18 Satz 1 Nr. 4 werden nach dem Wort „Medizinproduktegesetzes“ die Wörter „in der am 25. Mai 2021 geltenden Fassung“ eingefügt.
12. § 19 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:
- „²Aufwendungen für Ergotherapie (Teil 9 der Anlage 3) einschließlich der verbrauchten Stoffe sind bei einer schriftlichen Verordnung durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten ebenfalls beihilfefähig.“
- bb) Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden die Sätze 3 und 4.
- cc) Der bisherige Satz 4 wird Satz 5 und die Angabe „Satz 3“ wird durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
- b) In Abs. 2 Satz 1 Satzteil vor Nr. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

- c) Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Im Satzteil vor Nr. 1 werden nach der Angabe „(MAT)“ die Wörter „oder eine medizinische Trainingstherapie (MTT)“ eingefügt.
- bb) In Nr. 1 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
13. § 19b wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- b) Im Wortlaut werden die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ sowie die Angabe „Abs. 3“ durch die Angabe „Abs. 5 und 6“ ersetzt.
14. § 21 wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und die Wörter „sowie für digitale Gesundheitsanwendungen“ werden angefügt.
- b) In Abs. 2 wird nach dem Wort „gewordenen“ die Wörter „oder verlorengegangenen“ eingefügt.
- c) Abs. 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „und Geräte“ durch die Wörter „ , Geräte und Körperersatzstücke“ ersetzt.
- bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
- „²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
1. Batterien für Hörgeräte,
 2. Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen sowie
 3. Versicherungen für Hilfsmittel, Geräte und Körperersatzstücke im Sinne des Abs. 1 Satz 1.
- ³Die Sätze 1 und 2 Nr. 1 und 2 gelten nicht für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.“
- d) Folgender Abs. 8 wird angefügt:
- „(8) ¹Beihilfefähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen,
1. die im vom Bundesinstitut für Arzneimittel
- und Medizinprodukte veröffentlichten Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V enthalten sind,
2. nach schriftlicher Verordnung einer Ärztin, eines Arztes, einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten,
 3. in Höhe der Kosten für die Standardversion, sofern nicht aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht die Notwendigkeit einer erweiterten Version schriftlich begründet wurde.
- ²Daneben sind die Aufwendungen für notwendiges und angemessenes Zubehör, soweit es ausschließlich für die Nutzung der Software zwingend erforderlich ist, beihilfefähig. ³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
1. die zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Endgeräte, deren technische Anbindung, Betrieb oder Telekommunikationsdienstleistungen,
 2. Zweit- oder Mehrfachbeschaffungen zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten; dies gilt auch für den Fall, dass eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung Lizenzen für die Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet und
 3. Zubehör, das den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen ist, insbesondere Aktualisierungs- oder Ergänzungssoftware für Betriebsprogramme, Kopfhörer, Mikrofone oder vergleichbare Hardware, digitale Waagen.“
15. § 22 wird wie folgt geändert:
- a) In Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- b) Abs. 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In den Nrn. 1 und 2 werden jeweils nach der Angabe „(dpt)“ die Wörter „ ; bei Mehrstärkengläser ist der Fernteil maßgebend“ eingefügt.
- bb) In Nr. 3 werden die Wörter „Dreistufen- oder Multifokalgläser“ durch das Wort „Gleitsichtgläser“ ersetzt.
- c) In Abs. 3 Satz 2 Satzteil vor Nr. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

- d) In Abs. 9 wird das Wort „Bildschirmbrillen“ durch das Wort „Bildschirmarbeitsbrillen“ ersetzt.
16. § 23 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
- „§ 23
- Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Schulung in Orientierung und Mobilität“.
- b) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nr. 1 wird die Angabe „ggf.“ gestrichen.
- bb) Nr. 2 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Buchst. a wird die Angabe „63,50 €“ durch die Angabe „85,00 €“ ersetzt.
- bbb) In Buchst. b wird die Angabe „50,48 €“ durch die Angabe „68,00 €“ ersetzt.
- ccc) In Buchst. c wird die Angabe „0,30 €“ durch die Angabe „0,40 €“ ersetzt.
- cc) Buchst. d wird aufgehoben.
- dd) In Nr. 4 wird die Angabe „ggf.“ gestrichen.
17. § 24 wird wie folgt geändert:
- a) Der Überschrift werden die Wörter „ , Übergangspflege im Krankenhaus“ angefügt.
- b) Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „¹Die Aufwendungen einer nach Abs. 4 verordneten
1. notwendigen vorübergehenden häuslichen Krankenpflege in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung oder
 2. psychiatrischen häuslichen Krankenpflege in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung
- sind beihilfefähig;“.
- c) Abs. 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Im Satzteil vor Nr. 1 werden vor dem Wort „Kurzzeitpflege“ die Wörter „nach Abs. 4 ver-
- ordnete“ eingefügt.
- bb) In Nr. 2 wird das Wort „und“ durch einen Punkt ersetzt.
- cc) Nr. 3 wird aufgehoben.
- d) Die folgenden Abs. 3 und 4 werden angefügt:
- „(3) ¹Aufwendungen für eine Übergangspflege, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (§ 28) vom Krankenhaus erbracht wird, sind für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung beihilfefähig, wenn
1. häusliche Krankenpflege (Abs. 1) oder
 2. Kurzzeitpflege (Abs. 2, § 34) oder
 3. Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen (§ 29) oder
 4. Pflegeleistungen nach Abschnitt VI
- nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. ²Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der auf der Grundlage des § 39e SGB V in Verbindung mit § 132m SGB V vereinbarten Kosten. ³Nicht beihilfefähig sind während des Zeitraums der Übergangspflege Wahlleistungen im Sinne des Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.
- (4) Voraussetzung für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist bei Leistungen nach
1. Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 Nr. 1, Satz 2 und 3 sowie Abs. 2 die Verordnung durch eine Ärztin oder einen Arzt,
 2. Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 Nr. 2 die Verordnung durch
 - a) eine Fachärztin oder einen Facharzt für
 - aa) Nervenheilkunde,
 - bb) Neurologie,
 - cc) psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - dd) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - ee) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; in therapeutisch

- begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
- b) eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten,
- c) eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
3. Abs. 3 die Verordnung durch die behandelnde Krankenhausärztin oder den behandelnden Krankenhausarzt.“
18. In § 24a Abs. 1 Satz 5 und § 25 Abs. 3 Satz 1 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
19. § 26 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 Nr. 5 werden nach dem Wort „Behandlungen“ die Wörter „sowie bei Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen nach § 41“ eingefügt.
- b) In Satz 3 Halbsatz 2 wird nach dem Wort „Reisekostengesetzes“ die Angabe „(BayRKG)“ eingefügt.
20. In § 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden nach der Angabe „(BPfIV)“ die Wörter „sowie tagesstationäre Behandlungen nach § 115e SGB V“ eingefügt.
21. § 29 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Der Wortlaut wird Satz 1 und im Satzteil nach Nr. 3 werden die Wörter „folgenden Absätze“ durch die Angabe „Abs. 2 bis 7“ ersetzt.
- bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:
- „²Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen sind nach Maßgabe des Abs. 8 beihilfefähig.“
- b) Abs. 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Satznummerierung „1“ gestrichen.
- bb) Die Sätze 2 bis 5 werden aufgehoben.
- c) Nach Abs. 5 wird folgender Abs. 6 eingefügt:
- „(6) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Abs. 4 ist, dass es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung (Abs. 2) handelt und nach einer diagnosespezifischen fachärztlichen Bescheinigung die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind. ²Eine Bescheinigung nach Satz 1 ist nicht erforderlich, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit (§ 40) eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des Abs. 4 erforderlich ist. ³Pflegen Beihilfeberechtigte (§ 2 Abs. 1 und 2) oder berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 3 Abs. 1 und 2) eine Angehörige oder einen Angehörigen ist abweichend von Satz 1 eine begründete ärztliche Bescheinigung, dass die Maßnahme nach Abs. 4 nach Art und vorgesehener Dauer notwendig ist, ausreichend. ⁴Die Beihilfefähigkeit ist ab einer Dauer von 30 Tagen von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle abhängig. ⁵Die Anerkennung wird erteilt, wenn die lange Dauer ärztlich besonders begründet wird oder durch eine medizinische Bescheinigung nachgewiesen ist.“
- d) Der bisherige Abs. 6 wird Abs. 7 und wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 Nr. 5 Satzteil vor Satz 2 Halbsatz 2 wird die Angabe „von 0,20 €“ durch die Wörter „und dem in Art. 6 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 BayRKG genannten Betrag“ ersetzt.
- bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „³Im Rahmen einer familienorientierten Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme

erfordern, gilt Satz 1 Nr. 3 und 5 unter sinn-
gemäßer Anwendung des Satzes 2 auch für
mehrere Begleitpersonen aus dem Kreis der
Familienangehörigen.“

cc) In Satz 4 wird die Angabe „Abs. 5 Satz 2
bzw. 3“ durch die Wörter „Abs. 6 Satz 1 oder
Satz 3“ ersetzt.

e) Folgender Abs. 8 wird angefügt:

„(8) ¹Aus Anlass einer Behandlung in Ein-
richtungen nach Abs. 1 Satz 2 sind beihilfefähig
die Aufwendungen

1. für Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,
auch soweit eine Berechnung in Form von
Tagespauschalen erfolgt,
2. für nachgewiesene Fahrtkosten bis zu 10 €
pro Behandlungstag für die Hin- und Rück-
fahrt, sofern die Rehabilitationseinrichtung
keine kostenfreie Transportmöglichkeit an-
bietet.

²Wurde ein privater Personenkraftwagen be-
nutzt, ist höchstens der in Art. 6 Abs. 6 Satz 1
Nr. 1 BayRKG genannte Betrag für jeden vollen
Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung
und der Einrichtung beihilfefähig.“

22. § 30 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Nr. 2 werden das Wort „Müttergene-
sungskuren“ durch das Wort „Mütterkuren“ und
die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ er-
setzt.

b) In Abs. 2 wird die Angabe „Abs. 5 Satz 2“ durch
die Angabe „Abs. 6 Satz 1 oder Satz 3“ ersetzt.

c) In Abs. 3 werden das Wort „Müttergenesungsku-
ren“ durch das Wort „Mütterkuren“ und die Anga-
be „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

d) Abs. 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird aufgehoben.

bb) Satz 3 wird Satz 2 und die Wörter „dem
amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten“
werden durch die Wörter „einer diagnose-
spezifischen fachärztlichen Bescheinigung“
ersetzt.

23. § 32 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nr. 1 wird die Angabe „689 €“ durch die
Angabe „761 €“ ersetzt.

bb) In Nr. 2 wird die Angabe „1 341 €“ durch die
Angabe „1 432 €“ ersetzt.

b) Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nr. 1 wird die Angabe „316 €“ durch
die Angabe „332 €“ ersetzt.

bbb) In Nr. 2 wird die Angabe „545 €“ durch
die Angabe „573 €“ ersetzt.

ccc) In Nr. 3 wird die Angabe „728 €.“ durch
die Angabe „765 €.“ ersetzt.

ddd) In Nr. 4 wird die Angabe „901 €“ durch
die Angabe „947 €“ ersetzt.

bb) Satz 7 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. während einer Verhinderungspflege
nach § 33

a) Abs. 1 für bis zu sechs Wochen je
Kalenderjahr,

b) Abs. 2 für bis zu acht Wochen je
Kalenderjahr und“.

cc) In Satz 10 werden die Wörter „Hilfe für be-
hinderte Menschen“ durch das Wort „Behin-
dertenhilfe“ ersetzt.

c) In Abs. 6 wird nach der Angabe „§ 37 Abs. 3“ die
Angabe „bis 3c“ eingefügt.

24. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 33

Verhinderungspflege,
Versorgung bei Inanspruchnahme von
Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen
durch die Pflegeperson“.

b) Nach Abs. 1 wird folgender Abs. 2 eingefügt:

„(2) ¹Betrifft die Verhinderung nach Abs. 1

Satz 1 eine pflegebedürftige Person der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann der beihilfefähige Höchstbetrag nach Abs. 1 Satz 1 um bis zu 100 % des Betrages nach § 34 Abs. 1 Satz 1 erhöht werden.²Abs. 1 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“

c) Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „beihilfefähig.“ durch die Wörter „in Fällen

1. nach Abs. 1 für bis zu sechs Wochen und

2. nach Abs. 2 für bis zu zwei Monate

beihilfefähig.“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „findet Abs. 1“ durch die Wörter „finden die Abs. 1 und 2“ ersetzt.

d) Die folgenden Abs. 4 und 5 werden angefügt:

„(4) ¹Aufwendungen für eine Versorgung einer pflegebedürftigen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person in Einrichtungen nach § 29 Abs. 2 und 4, in der die Pflegeperson gleichzeitig selbst Leistungen

1. nach § 29 Abs. 2 und 4 oder

2. einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 23 Abs. 4 Satz 1 und § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V, § 15 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme,

in Anspruch nimmt, sind nach den näheren Vorgaben der Sätze 2 bis 4 sowie Abs. 5 beihilfefähig.²Anstelle der Versorgung in einer Einrichtung nach § 29 Abs. 2 und 4 kann eine Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erfolgen, wenn die erforderliche Versorgung durch die Einrichtung nach § 29 Abs. 2 und 4 nicht sichergestellt werden kann.³Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person selbst die Voraussetzungen für eine Beihilfegewährung nach § 29 Abs. 4 und 6 erfüllt.⁴§ 32 Abs. 2 Satz 7 und 8 gilt nicht, solange sich die Pflegeperson in einer Einrichtung nach Satz 1 befindet und die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach Satz 1 oder

Satz 2 versorgt wird.

(5) ¹Beihilfefähig sind bei einer Versorgung nach Abs. 4 Satz 1 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen bis zur Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts im Sinne des § 42a Abs. 5 Satz 2 bis 4 SGB XI.²Abweichend von Satz 1 sind bei einer Versorgung nach Abs. 4 Satz 2 die Aufwendungen in Höhe des Gesamtheimentgelts für die jeweilige Pflegeeinrichtung im Sinne des § 42a Abs. 5 Satz 5 SGB XI beihilfefähig.³§ 29 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 gilt entsprechend.“

25. § 34 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 1 wird die Angabe „1 612 €“ durch die Angabe „1 774 €“ ersetzt.

b) Abs. 3 wird wie folgt gefasst

„(3) § 33 Abs. 4 und 5 gilt entsprechend.“

26. § 35 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 35

Aufwendungen für Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds sowie für digitale Pflegeanwendungen“.

b) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„¹Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel,

2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person,

3. digitale Pflegeanwendungen bei häuslicher Pflege, einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte festgestellt hat, bis zu einem Betrag von insgesamt 50 € im Monat,

wenn die private oder soziale Pflegeversicherung

- hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat.“
27. § 36 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „³Daneben sind Aufwendungen für Zuschläge nach den §§ 43b, 43c, 84 Abs. 9 SGB XI sowie § 132g SGB V beihilfefähig.“
- bb) In Satz 5 werden nach dem Wort „gilt“ die Wörter „mit Ausnahme des Zuschlags nach § 132g SGB V“ eingefügt.
- b) Abs. 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Aufwendungen“ die Wörter „zuzüglich eines gegebenenfalls zustehenden Zuschlags nach § 43c SGB XI“ eingefügt.
- bb) In Satz 2 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
28. Dem § 37 werden die folgenden Sätze 3 und 4 angefügt:
- „³Daneben sind Aufwendungen für einen Zuschlag nach § 132g SGB V beihilfefähig. ⁴Auf diesen Zuschlag ist § 31 Abs. 3 nicht anwendbar.“
29. § 38a wird wie folgt geändert:
- a) In Nr. 3 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Wohnumfeldes“ werden die Wörter „sowie digitale Pflegeanwendungen“ eingefügt.
- b) Nach Nr. 6 wird folgende Nr. 7 eingefügt:
- „7. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten betreuten Wohngruppen nach § 32 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 und Satz 2,“.
- c) Die bisherige Nr. 7 wird Nr. 8.
30. § 41 wird wie folgt geändert:
- a) In Abs. 1 Nr. 3 Halbsatz 2 wird die Angabe „70.“ durch die Angabe „75.“ ersetzt.
- b) Die Abs. 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
- „(2) ¹Aufwendungen für Maßnahmen im

Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 3 beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der in der Anlage 5 Nr. 1 genannten, im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) zusammengeschlossenen universitären Zentren oder von deren Kooperationspartnern durchgeführt werden. ²Maßnahmen nach Satz 1 umfassen folgende Leistungen:

1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung,
 - a) 900 € pro Familie für eine einmalige Risikofeststellung mit einer Aufklärung sowie einer interdisziplinären Erstberatung, einer Stammbaumerfassung und der Mitteilung des Genbefundes; die Pauschale umfasst auch die Beratung weiterer Familienmitglieder,
 - b) bei Aufklärung zur diagnostischen genetischen Untersuchung durch einen Kooperationspartner der in Anlage 5 Nr. 1 genannten Zentren
 - aa) 400 €, sofern keine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum mehr erfolgt, oder
 - bb) 600 €, sofern noch eine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum erfolgt,
 - c) 113 € einmalig für ein Entscheidungscoaching für BRCA1/2-Mutationsträgerinnen durch spezialisiert Pflegenden,
2. Genetische Untersuchung,
 - a) 3 500 € 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 € für einen prädikativen Gentest; ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexperson mehr ableiten

lassen, die genetische Analyse also keinen diagnostischen Charakter hat; eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren; die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden genetischen Analyse der Indexperson werden der gesunden ratsuchenden Person zugerechnet oder

c) sofern ratsuchende Personen bis 2015 getestet wurden,

aa) 2 600 € bei einer erneuten Genpanel-Untersuchung zur Komplettierung der Indextestung oder

bb) 920 € für eine bioinformatrische Auswertung bei Vorliegen von Daten aus einer Komplementärdiagnostik,

3. Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen,

a) 672,80 € jährlich für intensivierete Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen oder

b) einmalig 672,80 €, sofern wegen des Wegfalls des erhöhten Risikos bei Nichterkrankten die intensivierete Früherkennung beendet wird und im entsprechenden Kalenderjahr noch keine Pauschale nach Buchst. a erstattet wurde.

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

(3) ¹Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 3 beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der in der Anlage 5 Nr. 2 genannten, im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs (Hereditäres Nicht-Polypöses Colorektales Carcinom – HNPCC) zusammengeschlossenen universitären Zentren durchgeführt werden. ²Maßnahmen nach Satz 1 umfassen die

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,

a) einmalig 600 € 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 € für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom bekannt ist,

2. Tumorgewebsdiagnostik,

500 € für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe; ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig,

3. Genetische Analyse,

a) 3 500 € 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 € für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation,

4. Früherkennungsmaßnahmen,

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

- c) Abs. 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nr. 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- bb) Folgende Nr. 3 wird angefügt:
- „3. ärztlich verordnete zugelassene Arzneimittel zur Präpositionsprophylaxe.“
31. § 43 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 Spalte „Indikationen“ wird wie folgt geändert:
- a) In Spiegelstrich 1 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- b) Folgender Spiegelstrich wird angefügt:
- „– nach Kryokonservierung gemäß Abs. 4 bei nachgewiesener Fertilitätsstörung der Frau unabhängig von einer männlichen Fertilitätsstörung.“
32. In § 44 Abs. 5 Satzteil vor Nr. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
33. In § 45 Abs. 1 Satz 5 werden die Wörter „stationären Notfallbehandlungen“ durch die Wörter „Notfallbehandlungen in Krankenhäusern“ ersetzt.
34. In § 46 Abs. 6 Satz 2 werden die Wörter „bzw. das Staatsministerium“ durch die die Wörter „– im staatlichen Bereich das Staatsministerium –“ ersetzt.
35. § 47 wird wie folgt geändert:
- a) In Abs. 2 Satz 4 Halbsatz 2 wird die Angabe „29“ durch die Angabe „28“ ersetzt.
- b) Abs. 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 3 Halbsatz 2 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- bb) In Satz 5 werden die Wörter „zwei % bzw. eins %“ durch die Angabe „2 % oder 1 %“ ersetzt.
36. § 48 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „ , im staatlichen Bereich unter Verwendung der vom Staatsministerium herausgegebenen Formblätter“ gestrichen.
- bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „²Zulässig ist die Verwendung von EDV-Ausdrucken der Beihilfefestsetzungsstellen zur Abfrage der erforderlichen Daten.“
- cc) In Satz 4 werden die Wörter „§ 1 Abs. 1 Satz 1 und 2 der Bayerischen E-Government-Verordnung“ durch die Wörter „§ 9 Abs. 1 Satz 1 und 2 der Bayerischen Digitalverordnung“ ersetzt.
- b) In Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 2 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- c) In Abs. 4 Satz 2 wird das Wort „stationäre“ durch das Wort „stationären“ ersetzt.
- d) In Abs. 5 wird die Angabe „§ 29 Abs. 5 Satz 4“ durch die Wörter „§ 26 Satz 1 Nr. 5, § 29 Abs. 6 Satz 4“ ersetzt.
- e) In Abs. 7 Satz 1 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- f) Folgender Abs. 8 wird angefügt:
- „(8) ¹Die nach Art. 96 Abs. 4 BayBG zuständigen Dienststellen überprüfen bei entsprechenden Anhaltspunkten die Möglichkeit der Feststellung und Geltendmachung etwaiger Regressansprüche. ²Zur Umsetzung im staatlichen Bereich ist die in Art. 96 Abs. 4 Satz 3 BayBG bezeichnete staatliche Stelle befugt, bei den Staatsanwaltschaften Auskünfte zu Strafverfahren gegen Leistungserbringer wegen berufsbezogener Vermögens- und Korruptionsdelikte einzuholen, die so erhaltenen Informationen darauf hin zu überprüfen, ob sich unter den Geschädigten Beihilfeberechtigte befinden und im Fall der Übereinstimmung zur Geltendmachung von Ansprüchen nach Satz 1 zu verwenden. ³Nähere Vorgaben zur Umsetzung können vom Staatsministerium und dem Staatsministerium der Justiz gemeinsam festgelegt werden. ⁴Die nach Art. 96 Abs. 4 Satz 3 BayBG zuständige staatliche Stelle hat die von den Staatsanwaltschaften übermittelten Daten unverzüglich zu löschen, sobald eine Verarbeitung dieser Daten für die Prüfung nach Satz 2 nicht mehr erforderlich ist. ⁵Dies gilt insbesondere für Daten Geschädigter, die nach der Prüfung als beihilfeberechtigt ausscheiden.“
37. § 51 wird wie folgt geändert
- a) In Abs. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort

- „oder“ ersetzt.
- b) Dem Abs. 2 wird folgender Satz 3 angefügt:
- „³Bei Beurlaubungen ohne Dienstbezüge nach Art. 89 Abs. 1 und 4 BayBG, die vor dem 1. Oktober 2024 begonnen wurden, gilt § 5 Abs. 3 Satz 1 in der am 30. September 2024 geltenden Fassung bis zur Beendigung der Beurlaubung.“
38. Anlage 2 wird wie folgt geändert:
- a) Nr. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Buchst. B Spiegelstrich 7 und Buchst. C Spiegelstrich 3 werden aufgehoben.
- bb) In Buchst. H wird nach Spiegelstrich 1 folgender Spiegelstrich eingefügt:
- „– Hernien, Behandlung ohne Operation“.
- cc) Buchst. M wird aufgehoben.
- dd) Dem Buchst. P Spiegelstrich 1 wird folgender Spiegelstrich vorangestellt:
- „– Photobiomodulation (PBM) bei trockener altersbedingter Makuladegeneration (AMD)“.
- ee) Dem Buchst. V wird folgender Spiegelstrich angefügt:
- „– visuelle Restitutionstherapie“.
- b) Nr. 2 wird wie folgt geändert
- aa) Nach Buchst. g wird folgender Buchst. h eingefügt:
- „h) Modifizierte Eigenblutbehandlung
Aufwendungen mit autologen Thrombozytenkonzentraten wie plättchenreiches Plasma (PRP) und plättchenreiches Fibrin (PRF) sind nur bei den folgenden Behandlungen beihilfefähig:
- aa) Zahnheilkunde
nach Extraktion eines oder mehrerer Zähne
- aaa) zum Volumenerhalt des Knochens beziehungsweise Alveolarfortsatzes (postextraktioneller, zum Beispiel
- präimplantologisch indizierter Kieferkammerhalt; Socket/Ridge Preservation) oder
- bbb) zur Verbesserung der Alveolenheilung und Reduktion des Alveolitis-Risikos (PRF als solide PRF-Plug-Matrix) insbesondere im Rahmen einer operativen Weisheitszahnentfernung
- bb) Augenheilkunde
bei einer trockenen Glandulae tarsales (Meibom-Drüsen-Dysfunktion, Sicca-Syndrom, Keratokonjunktivitis sicca etc.) mit autologen Serumaugentropfen aus Eigenblut als Tränenersatzstoff.“
- aa) Die bisherigen Buchst. h und i werden die Buchst. i und j.
- bb) Der bisherige Buchst. j wird Buchst. k und die Angabe „bzw.“ wird durch das Wort „oder“ ersetzt.
- cc) Der bisherige Buchst. k wird Buchst. l.
39. Die Anlagen 3 und 4 erhalten jeweils die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.
40. Anlage 5 wird wie folgt geändert:
- a) Nr. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
- „1. Im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) zusammengeschlossene universitäre Zentren“.
- bb) Nach Nr. 1.15 wird folgende Nr. 1.16 eingefügt:
- „1.16 Lübeck
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs“.
- cc) Die bisherigen Nrn. 1.16 bis 1.22 werden die Nrn. 1.17 bis 1.23.
- b) Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs (HNPCC) zusammengeschlossene universitäre Zentren

2.1 Berlin

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

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte

2.2 Bochum

Medizinische Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Knappschafts Krankenhaus

2.3 Bonn

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Bonn, Biomedizinisches Zentrum

2.4 Dresden

Institut für Klinische Genetik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, Abteilung Chirurgische Forschung

2.5 Düsseldorf

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Düsseldorf

2.6 Halle (Saale)

Universitätsklinikum Halle (Saale)

2.7 Hamburg

II. Medizinische Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg

2.8 Hannover

Institut für Humangenetik der Medizinischen Hochschule Hannover

2.9 Heidelberg

Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg, Abteilung für Angewandte Tumorbologie

2.10 Leipzig

Klinik und Poliklinik für Onkologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Pneumologie und Infektiologie des Universitätsklinikums Leipzig

2.11 Lübeck

Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Molekularpathologie, Campus Lübeck

2.12 Magdeburg

Medizinische Fakultät der Universitätsklinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

2.13 München

Medizinische Klinik und Poliklinik IV der Ludwig-Maximilians-Universität München, Campus Innenstadt

Medizinisch-Genetisches Zentrum

2.14 Münster

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Münster

2.15 Tübingen

Institut für Medizinische Genetik und angewandte Genomik des Universitätsklinikums Tübingen

2.16 Ulm

Klinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Ulm“.

§ 2

Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 2024 in Kraft.

München, den 27. August 2024

**Bayerisches Staatsministerium
der Finanzen und für Heimat**

Albert F ü r a c k e r , Staatsminister

Anhang

(zu § 1 Nr. 39)

Anlage 3

(zu § 19 Abs. 1)

**Beihilfefähige Höchstbeträge für ärztlich und zahnärztlich
verordnete Heilbehandlungen**

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

³Einige Maßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. ⁴Der Zeitrahmen für die Nachruhe beträgt 20 bis 25 Minuten.

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Teil 1 Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,60
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20
Teil 2 Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
	b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	
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	
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	
7	Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	

8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,70
	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	33,40
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	19,20
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	12,90
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,00
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	21,80
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbau- trainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten	52,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perfsches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
Teil 3 Massagen		
18	Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,30
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40

19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
20	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	
	21,50	
20 Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten		
31,70		
Teil 4 Palliativversorgung		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Teil 5 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)	15,60
	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, Peloidkomresse	12,10
27	Sonstige Packungen (zum Beispiel Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10

33	Naturmoorbäderei 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-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinische Bäder mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
37	Gashaltige Bäder	
	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) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Nr. 36 Buchst. a bis c und nach Nr. 37 Buchst. b um 4,10 €. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nr. 36 Buchst. d beihilfefähig.	
Teil 6 Kälte- und Wärmebehandlung		
39	Kältetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten	12,90
40	Wärmetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mittels Heißluft Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80
Teil 7 Elektrotherapie		
42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	17,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00

Teil 8 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 60 Minuten	111,20
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 30 Minuten	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
	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
Teil 9 Ergotherapie		
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	44,20
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	52,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	70,40
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	88,00
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	140,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40

56	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	42,30
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	56,30
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	70,40
57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	18,50
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	24,70
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	43,10
58	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	52,80
59	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten	152,40
60	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	42,30
61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	24,70
Teil 10 Podologie		
62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20
64	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
65	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	21,90
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	96,40
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	52,80
69	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	48,30
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
72	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
73	Behandlungsabschluss ggf. unter Einschluss der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20

Teil 11 Ernährungstherapie		
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 30 Minuten	38,70
75	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 60 Minuten	77,40
76	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
77	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
78	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
80	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
81	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
82	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20
Teil 12 Sonstiges		
83	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	25,60
84	Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	16,70
85	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Leistungen nach der Nr. 55 Buchst. a bis c, Nr. 59 oder Nr. 80 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nrn. 83 und 84 sind daneben nicht beihilfefähig.	25,60
86	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40
87	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung in der Ergotherapie	91,38

Anlage 4
(zu § 21 Abs. 1)**Beihilfefähige ärztlich verordnete Hilfsmittel,
Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke****A**

1. Abduktionslagerungskeil
2. Absauggerät (z.B. bei Kehlkopferkrankung)
3. Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z.B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
4. Alarmgerät für Epileptiker
5. Anti-Varus-Schuh
6. Anus-*praeter*-Versorgungsartikel
7. Anzieh-/Ausziehhilfen
8. Aquamat
9. Armmanschette
10. Armtragegurt/tuch
11. Arthrodesensitzkissen/sitzkoffer (Nielsen)/stuhl
12. Atemtherapiegeräte
13. Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)
14. Auffahrrampen für Krankenfahrstuhl
15. Aufrichteschlaufe
16. Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 € beihilfefähig)
17. Aufstehgestelle
18. Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
19. Augenbadewanne/dusche/spülglas/flasche/pinsel/pipette/stäbchen
20. Augenschielklappe, auch als Folie

B

1. Badestrumpf

2. Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits)
3. Badewannenverkürzer
4. Ballspritze
5. Behinderten-Dreirad
6. Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
7. Bettnässer-Weckgerät
8. Bettschutzeinlagen (saugende Krankenunterlage) zur Sicherung der Behandlung einer Krankheit bei Harn- oder Stuhlinkontinenz oder beides
9. Beugebandage
10. Billroth-Batist-Lätzchen
11. Blasenfistelbandage
12. Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
13. Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
14. Blindenschriftmaschine
15. Blindenstock/langstock/taststock
16. Blutlanzette
17. Blutzuckermessgerät
18. Bracelet
19. Bruchband

C

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

D

1. Defibrillatorweste
2. Dekubitus-Schutzmittel (z.B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)
3. Delta-Gehrad

4. Drehscheibe, Umsetzhilfen
5. Duschsitz/stuhl

E

1. Einlagen (orthopädische), auch sensomotorische/propriozeptive Einlagen
2. Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
3. Ekzem-Manschette
4. Elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgabe für Blinde
5. Elektromobil
6. Elektro-Stimulationsgerät
7. Epicondylitisbandage/spange mit Pelotten
8. Ernährungssonde

F

1. Farberkennungsgerät für Blinde sowie bei hochgradiger Sehbehinderung
2. Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
3. Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
4. Fingerling
5. Fingerschiene
6. Fixationshilfen
7. Fußteilentlastungsschuh

G

1. Gehgipsgalosche
2. Gehhilfen und -übungsgeräte
3. Gehörschutz
4. Genutrain-Aktiv-Kniebandage
5. Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
6. Geräte zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung einschließlich Sensoren bei Personen mit einer behandlungs-

bedürftigen Stoffwechselerkrankung wie einer behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus, bei einer Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie sowie von sonstigen Fachärztinnen und Fachärzten mit einer diabetologischen Zusatzqualifikation; daneben sind die Aufwendungen eines Blutzuckermessgeräts zusätzlich beihilfefähig

7. Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
8. Gilchrist-Bandage
9. Gipsbett, Liegeschale
10. Glasstäbchen
11. Gummihose einschließlich saugender körpfernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen) bei Blasen- oder Darminkontinenz oder beides
12. Gummistrümpfe

H

1. Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
2. Handgelenkriemen
3. Hebekissen
4. Heimdialysegerät
5. Helfende Hand, Scherenzange
6. Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (monitor)
7. Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte] sowie In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte] einschließlich Otoplastik, Taschengерäte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen), einschließlich der Nebenkosten, ab dem vollendeten 10. Lebensjahr begrenzt auf bis zu 1500 € je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Fernbedienung. Mehrkosten sind beihilfefähig, wenn nach einem fachärztlichen Gutachten (§ 48 Abs. 7) auf Grund einer beidseitigen an Gehörlosigkeit grenzenden Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten ansonsten eine ausreichende Versorgung Schwersthörigeschädigter nicht zu gewährleisten ist.

I

1. Impulsvibrator
2. Infusionsbesteck oder gerät und Zubehör
3. Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, filter, wäscher
4. Innenschuh, orthopädischer
5. Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, pumpe, injektor)
6. Ipos-Vorfußentlastungsschuh

K

1. Kanülen und Zubehör
2. Katapultsitz
3. Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
4. Kieferspreizgerät
5. Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägrigkeit und bestehender Inkontinenz)
6. Klumpfußschiene
7. Klumphandschiene
8. Klyso
9. Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
10. Kniekappe/bandage, Kreuzgelenkbandage
11. Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
12. Knöchel- und Gelenkstützen
13. Körperersatzstücke einschließlich Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 €, bei Badeanzügen für Brustprothesenträgerinnen von 40 € zu berücksichtigen)
14. Kompressionsstrümpfe/strumpfhose
15. Koordinator nach Schielbehandlung
16. Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
17. Kopfschützer
18. Korrektursicherungsschuh
19. Krabbler für Spastiker
20. Krampfaderbinde
21. Krankenfahrstuhl (auch elektrisch) mit Zubehör
22. Krankenpflegebett
23. Krankenstock
24. Kreuzstützbandage
25. Krücke

L

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

M

1. Malleotrain-Bandage
2. Mangoldsche Schnürbandage
3. Manutrain-Bandage
4. Maßschuhe (orthopädisch), die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen jeweils 64 € übersteigen (Eigenbeteiligung):
 - a) Straßenschuhe: Erstausrüstung 2 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
 - b) Hausschuhe: Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
 - c) Sportschuhe: Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
 - d) Badeschuhe: Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 4 Jahren
 - e) Interimsschuhe, ohne Ansatz einer Eigenbeteiligung
5. Milchpumpe
6. Mundsperrer
7. Mundstab/greifstab

N

1. Narbenschützer
2. Neurodermitis-Overall für Kinder vor Vollendung des 12. Lebensjahres, begrenzt auf zwei pro Jahr bis zu 80 € je Overall

O

1. Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.

2. Orthesenschuhe, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen
3. Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
4. Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, bis zu maximal sechs Paar Schuhen pro Jahr
5. Orthopädischer Spezialschuh für Diabetiker, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen

P

1. Pavlikbandage
2. Penisklemme
3. Peroneausschiene, Heidelberger Winkel
4. Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung
5. Polarimeter
6. Psoriasisikamm

Q

Quengelschiene

R

1. Reflektometer
2. Rektophor
3. Rollbrett
4. Rutschbrett

S

1. Schede-Rad
2. Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist nicht beihilfefähig)
3. Schutzbrille für Blinde
4. Schutzhelm für Behinderte
5. Schwellstromapparat
6. Segofix-Bandagensystem
7. Sicherheitsmechanismus zum Schutz vor Nadelstichverletzungen für dritte Personen, wenn der Beihilfeberech-

tigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der eine Infektionsgefahr durch Stichverletzungen, insbesondere durch Blutentnahmen und Injektionen, besteht oder angenommen werden kann

8. Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
9. Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
10. Skolioseumkrümmungsbandage
11. Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
12. Sphinkter-Stimulator
13. Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
14. Spreizfußbandage
15. Spreizhose/schale/wagenaufsatz
16. Spritzen
17. Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Lähmungszuständen und Achillessehenschädigung; die gleichzeitige Anerkennung der Aufwendungen einer Orthese, gegebenenfalls zuzüglich eines Orthesenschuhs, ist ausgeschlossen
18. Stehübungsgerät
19. Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
20. Strickleiter
21. Stubbies
22. Stumpfschuhhülle
23. Stumpfstrumpf
24. Suspensorium
25. Symphysen-Gürtel

T

1. (Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
2. Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung)
3. Therapiestuhl
4. Tinnitus-Gerät
5. Toilettenhilfen bei schwerbehinderten Menschen oder Personen mit Hüfttotalendoprothesen
6. Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

7. Tragegurtsitz

U

1. Übertragungsanlagen – zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zusätzlich zu einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat, oder wenn bei peripherer Normalhörigkeit auf Grund einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung eine pathologische Einschränkung des Sprachverstehens im Störschall besteht
2. Übungsschiene
3. Urinale
4. Urostomie-Beutel

V

1. Verbandsschuh (Einzelschuhversorgung)
2. Vibrationstrainer bei Gehörlosigkeit

W

1. Wasserfeste Gehhilfe
2. Wechseldruckgerät
3. Wright-Peak-Flow-Meter

Z

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set

