

Beihilfe 2026: Was Beihilfeberechtigte jetzt wissen sollten

Nach der Änderungsverordnung zur [Bundesbeihilfeverordnung \(BBhV\)](#) zum 1. Januar 2026 und einer erneuten Aktualisierung der Heilmittel ab [1. Februar 2026](#) hat [Baden-Württemberg](#) eine vollständige [Neufassung](#) der Beihilfeverordnung ([BVO](#)) erlassen, Nordrhein-Westfalen seine [Beihilfeverordnung \(BVO NRW\)](#) modernisiert und der Berliner Senat die Fünfte Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung vom 13. Januar 2026 im [Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin Nr. 3 vom 3. Februar 2026](#) veröffentlicht.

Die Fünfte Verordnung mit Anpassungen an die Bundesbeihilfeverordnung kam spät – und das spürten nicht nur Ruhestandsbeamtinnen und -beamte. Viele Berliner Heilmittelerbringer haben in den vergangenen zwei Jahren schlicht die höheren Höchstsätze der BBhV abgerechnet, ohne zwischen

Bundes- und Landesbeihilfe zu unterscheiden. Weil die BBhV ihre Sätze regelmäßig an die steigenden [GKV-Vergütungen](#) anpasst, entstanden so systematisch überhöhte Rechnungen. Die Folge: höhere Eigenanteile, Rückfragen, Kürzungen – und wachsende Frustration bei Berliner Beihilfeberechtigten. Der Abstand zwischen Bundes- und Landesbeihilfe vergrößert sich dadurch weiter. Für Berliner Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger bedeutet das eine dauerhafte finanzielle Mehrbelastung, denn die Höchstsätze der LBhVO waren nie deckungsgleich mit denen der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).

Der erste Entwurf der Fünften Änderungsverordnung zur Berliner Landesbeihilfeverordnung lag bereits im September 2023 vor. Dennoch verzögerten ressortinterne Abstimmungen, juristische Detailklärungen sowie haushalts- und finanzbezogene Prüfprozesse das Verfahren erheblich. Warum zwischen der Einbringung am 11. November 2025 und dem Erlass am 13. Januar 2026 erneut zwei Monate vergingen, bleibt ungeklärt. Das seit Jahren bestehende Problem verspätet angepasster Höchstsätze für Heilmittel ([Anlage 7](#) zu § 23LBhVO) wird durch die nun veröffentlichte [Fünfte Änderungsverordnung](#) nicht gelöst. Auch die reguläre Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge ändert daran nichts. Zwar hat der

Senat einzelne Beihilferegeln an Entwicklungen im Gesundheitswesen angepasst, doch die dringend erforderliche aktuelle Angleichung der Heilmittelhöchstsätze wurde erneut nicht vorgenommen. Das rückwirkende Inkrafttreten der Anhebung der beihilfefähigen Heilmittelhöchstätze zum 1. Februar 2026


DSTG

SENIORENBEIRAT BERLIN


Was sich für Versorgungsempfänger ändert

- 1 Mehr beihilfefähige Leistungen**


 - Heil- und Hilfsmittel
 - Psychotherapie
 - Pflegeleistungen
 - bestimmte zahnärztliche Leistungen


- 2 Reduzierte Eigenanteile**


 - geringere Restkosten
 - weniger finanzielle Belastung bei wiederkehrenden Behandlungen


- 3 Vereinfachte Antragsverfahren**


 - schnellere Bearbeitung
 - weniger Nachweise
 - klarere Regeln


- 4 Anpassung an Bundesrecht**

 - mehr Einheitlichkeit
 - weniger Sonderregelungen
 - bessere Vergleichbarkeit mit anderen Ländern


- 5 Verbesserungen im Pflegebereich**

 - höhere Beihilfefähigkeit bei häuslicher Pflege
 - bessere Unterstützung bei Pflegegrad-Leistungen
 - Entlastung pflegender Angehöriger



bleibt für Berliner Beihilfeberechtigte faktisch wirkungslos: Die aktuellen Vergütungssätze des [GKV-Spitzenverbandes](#) liegen bereits wieder über den Berliner Höchstsätzen. Die Bundesbeihilfeverordnung hat diese Entwicklung zum selben Zeitpunkt nachvollzogen – die LBhVO hingegen nicht.

1. Aktuelle GKV-Vergütungssätze

Für die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verhandelt der GKV-Spitzenverband gemäß § 125 Absatz 1 SGB V bundesweit einheitliche Preise und Rahmenverträge. Der DSTG-Seniorenbeirat Berlin verweist dabei auf die aktuellen, gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossenen und bundesweit gültigen Verträge über die Versorgung mit Heilmitteln in den Bereichen [Physiotherapie](#), Logopädie, Stimm-, Sprech-, Sprach- u. Schlucktherapie, Ergotherapie, und [Ernährungstherapie](#). Diese Verträge bilden die Grundlage der GKV-Vergütung – und damit auch den Maßstab, an dem sich die Beihilfesätze im Bund und auch in den Ländern – orientieren müssten.

- ↪ Physiotherapie ([Vergütungsvereinbarung](#) ab 01.01.2026),
- ↪ Podologie ([Preisvereinbarung](#) ab 01.07.2025 und ab 01.07.2026),
- ↪ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ([Vergütungsvereinbarung](#) ab 01.01.2025),
- ↪ Ergotherapie ([Vergütungsvereinbarung](#) ab 01.08.2025 sowie ab 01.10.2025) und
- ↪ Ernährungstherapie ([Vergütungsvereinbarung](#) ab 01.06.2025 und ab 01.06.2026).

2. LBhVO als Dauerärgernis

Weil die LBhVO – anders als die [BBhV](#) – die [Höchstbeträge für Heilmittel](#) nicht zeitnah anpasst, werden Berliner Beihilfeberechtigte faktisch allein gelassen. Sie müssen gegenüber Heilmittelerbringern erklären, warum Berlin seit Jahren hinter bundesweiten Standards zurückbleibt. Das erzeugt unnötige Konflikte, beschädigt Vertrauen und führt regelmäßig zu höheren Eigenanteilen. Der strukturelle Grund ist politisch hausgemacht: Anpassungen der Höchstbeträge sind in Berlin ausschließlich über den regulären Verordnungsänderungsweg nach [§ 76 Absatz 6 Satz 2 LBG](#) möglich – ein Verfahren, das durch komplexe Zuständigkeiten, langwierige Abstimmungen und geringe Priorisierung geprägt ist. Während die Bundesbeihilfe ihre Sätze zeitnah an die Entwicklungen im Gesundheitswesen anpasst, verharrt Berlin im Schneckentempo. In der Praxis bedeutet das: Jede notwendige Anpassung dauert Jahre. Die Folgen tragen nicht die Verwaltungen, sondern die Beamtinnen und Beamten im Land Berlin – mit veralteten Höchstsätzen, steigenden Eigenanteilen und einer Beihilfe, die ihrem Anspruch auf Fürsorgepflicht immer weniger gerecht wird!

3. Vorbild BBhV

Für die Bundesbeihilfe bestimmt [§ 80 Absatz 6 BBG](#) die Ermächtigung, nach der das Bundesministerium des Innern (BMI) die Einzelheiten der Beihilfe durch Rechtsverordnung regeln kann. Gerade die bundesrechtliche Zuständigkeit und die zentralisierte Regelungsstruktur versetzen das BMI in die Lage, u. a. die beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel kurzfristig und wiederholt anzupassen. Diese Dynamik macht unmissverständlich deutlich, dass der Bund auf Preisentwicklungen im Gesundheitswesen nahezu in Echtzeit reagieren kann – ein Handlungsspielraum, der dem Senat faktisch fehlt und strukturelle Ungleichgewichte in der Beihilfepraxis nicht nur verstetigt, sondern weiter verschärft. Auf Grundlage dieser Regelungsstruktur hat das BMI die beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel inzwischen mehrfach kurzfristig angepasst – [zuletzt zum 1. Januar 2026](#) und erneut zum [1. Februar 2026](#). Diese Taktung zeigt eindrücklich, wie flexibel das BMI – auch kurzfristig – auf Preisentwicklungen reagiert.

4. LBhVO-Reform überfällig

Der DSTG-Seniorenbeirat Berlin erwartet vom Berliner Senat, die Ermächtigungsnorm des § 76 Absatz 6 LBG so anzupassen, dass – analog zum Bundesbeihilferecht – eine flexible und zeitnahe Anpassung des Berliner Beihilferechts möglich wird. Eine solche Modernisierung würde es dem Senat erlauben, u. a. auch die beihilfefähigen Höchstbeträge der LBhVO für Heilmittel jederzeit durch sogenannte Vorgriffs-Rundschreiben bekanntzugeben – so wie es das Bundesministerium des Innern seit Jahren

praktiziert. Nur mit dieser Änderung kann der Senat endlich zeitnah auf Preisentwicklungen im Gesundheitswesen reagieren und jene Verzögerungen beenden, die in der Vergangenheit immer wieder zu unnötigen finanziellen Belastungen für Berliner Beihilfeberechtigte geführt haben – insbesondere für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die jahrelang unter politischen Blockaden und verschleppten Abstimmungsprozessen im Senat zu leiden hatten. Kurz gesagt: Ohne eine Modernisierung der Ermächtigungsgrundlage bleibt Berlin insbesondere bei den Heilmitteln strukturell im Nachteil – und die betroffenen Beihilfeberechtigten zahlen weiterhin den Preis für politische Trägheit.

5. Berliner Senat und sein „Alimentationsprinzip“

Der DSTG-Seniorenbeirat Berlin erwartet vom Berliner Senat, endlich die strukturellen Blockaden im Landesbeihilferecht zu lösen. Die Ermächtigungsnorm des § 76 Absatz 6 LBG muss so reformiert werden, dass – wie im Bund – flexible und sofort wirksame Anpassungen möglich sind. Solange Berlin an einem Verfahren festhält, das jede notwendige Anpassung über Monate oder Jahre verzögert, bleibt die Beihilfe des Landes systematisch im Hintertreffen. Eine Modernisierung würde dem Senat ermöglichen, beihilfefähige Höchstbeträge – insbesondere für Heilmittel – per Vorgriffs-Rundschreiben zeitnah anzuheben. Der Bund zeigt seit Jahren, wie unbürokratisch und fürsorgegerecht das funktionieren kann. Berlin hingegen hält an einem Verfahren fest, das die eigenen Beihilfeberechtigten regelmäßig benachteiligt. Die Folgen dieser politischen Trägheit sind seit Langem bekannt: veraltete Höchstsätze, steigende Eigenanteile und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die die Kosten verschleppter Entscheidungen tragen. Wer die Fürsorgepflicht ernst nimmt, kann diese strukturelle Benachteiligung nicht länger ignorieren. Kurz gesagt: Ohne eine Reform der Ermächtigungsgrundlage bleibt Berlin im Beihilferecht dauerhaft abgehängt. Der Senat hat es in der Hand, diesen Rückstand zu beenden – oder ihn weiter nur zu verwalten. Bis zur Reform zahlen die Betroffenen den Preis.

Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)
v. 20.10.2025 (1. Januar 2026)
Auslagen, Material- und Laborkosten:
80 %
Kinder/Jugendliche bis 18. Jahre:
100 %
Implantologische Leistungen:
Keine Begrenzung der Implantatanzahl!
GOZ 9000 bis 9170 zu 50%,
alle anderen GOZ zu 100 %
beihilfefähig!

Die Berliner Beihilfepraxis – insbesondere die starre Deckelung der beihilfefähigen Labor- und Materialkosten nach § 16 LBhVO – führt seit Jahren dazu, dass selbst berücksichtigungsfähige Kinder und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger nur einen Bruchteil ihrer tatsächlichen Kosten erstattet bekommen. Das Ergebnis ist eine strukturelle Unteralimentation, die den verfassungsrechtlichen Maßstäben des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) widerspricht. Damit steht der Berliner Senat eindeutig in der Pflicht, die LBhVO grundlegend zu modernisieren und an die verfassungsrechtlichen Anforderungen anzupassen. Der DSTG-Seniorenbeirat Berlin kritisiert, dass der

Landesbeihilfeverordnung (LBhVO) Berlin
v. 13.01.2026 (1. März 2026)
Auslagen, Material- und Laborkosten § 16:
seit 2021: 60 %
Kinder/Jugendliche bis 18. Jahre:
seit 2021: 60 %
Implantologische Leistungen § 15 (2) seit 2021:
Zwei Implantate pro Kiefer!
(§ 15 (1):
bei weiteren Voraussetzungen
max. vier pro Kiefer0

Senat notwendige Aktualisierungen der Beihilfavorschriften regelmäßig mit erheblicher Verzögerung umsetzt. Berlin hält an einem Beihilfesystem fest, das Anpassungen verschleppt – und nimmt damit bewusst in Kauf, dass Beihilfeberechtigte strukturell und finanziell benachteiligt werden. Besonders die seit 2021 unveränderte 60-%-Deckelung der Labor- und Materialkosten führt dazu, dass Familien mit Kindern systematisch unterdeckt bleiben.

Während die Bundesbeihilfeverordnung über flexible Anpassungsmechanismen verfügt und Preisentwicklungen im Gesundheitswesen zeitnah abbildet, ignoriert Berlin diese Standards. Das BMI zeigt am Beispiel der regelmäßig angepassten Heilmittelhöchstsätze, wie eine verfassungskonforme und praxistaugliche Beihilfestruktur aussehen kann. Bundesbedienstete werden dadurch spürbar entlastet und vor strukturellen Unterdeckungen geschützt. In Berlin hingegen tragen Beamtinnen und Beamte, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger seit Jahren erhebliche Mehrbelastungen, weil steigende Gebührensätze – etwa bei den Heilmitteln (Anlage 7) – noch nie zeitnah in der LBhVO berücksichtigt wurden. Während der Bund seine Fürsorgepflicht ernst nimmt und seine Beihilfavorschriften entsprechend ausgestaltet, ignoriert der Berliner Senat diese Maßstäbe konsequent.

Angesichts der klaren Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts ist dieser Zustand nicht nur politisch unhaltbar, sondern verfassungsrechtlich nicht vertretbar. Der Berliner Senat wäre gut beraten, die LBhVO endlich grundlegend zu modernisieren – nicht irgendwann, nicht im nächsten Haushaltszyklus, sondern jetzt und unverzüglich. Jede weitere Verzögerung verschärft auch noch die strukturelle Unteralimentation und belastet die Betroffenen finanziell weiter!

6. LBhVO 2026: Neuerungen auf einem Blick

- * [§ 6 LBhVO](#): Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
- * [§ 22 LBhVO](#): Apothekenzuschlag für Botendienst beihilfefähig
- * [§ 18 LBhVO](#): wirkungsgleiche Anpassungen an die aktuelle Psychotherapie-Richtlinie
- * [§ 18a LBhVO](#): Kurzzeittherapien ohne Genehmigung
- * [§ 20a LBhVO](#): Richtlinienverfahren „Systemische Therapie“
- * [§ 25 LBhVO](#): Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung u. Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
- * [§ 25a LBhVO](#): Digitale Gesundheitsanwendungen als Heilmittel
- * [§ 26b LBhVO](#): Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39a SGB V)
- * [§ 27 LBhVO](#): Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit
- * [§ 27a LBhVO](#): Außerklinische Intensivpflege nach Verordnung (§ 37c SGB V)
- * [§ 31 LBhVO](#): Fahrtkosten
- * [§ 34 LBhVO](#): Hin-/Rückfahrt/Gepäcktransport bei Anschlussheilbehandlungen beihilfefähig
- * [§ 35 LBhVO](#): Heilbäderverzeichnis künftig durch [SenFin-Rundschreiben](#)
- * [§ 36 LBhVO](#): Kein Gutachterverfahren für Rehabilitationsmaßnahmen
- * [§ 38a LBhVO](#): Häusliche Pflege
- * [§ 38g LBhVO](#): Digitale Pflegeanwendungen beihilfefähig (§§ 39, 40a SGB V)
- * [§ 39 LBhVO](#): Vollstationäre Pflege
- * [§ 39b LBhVO](#): Aufwendungen bei Pflegegrad 1
- * [§ 40a LBhVO](#): Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132 SGB V)
- * [§ 41 LBhVO](#): Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
- * [§ 47 LBhVO](#): § 47 Abweichender Bemessungssatz
- * [§ 51 LBhVO](#): Bewilligungsverfahren für wiederkehrende Pflegeaufwendungen vereinfacht
- * [§ 54 LBhVO](#): Antragsfrist jetzt 3 Jahre
- * [Anlage 1](#): Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen
- * [Anlage 2](#): Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen
- * [Anlage 3](#): Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen
- * [Anlage 7](#): Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel
- * [Anlage 8](#): Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel
- * [Anlage 9](#): Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung/Selbstkontrolle
- * [Anlage 10](#): Nicht beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung/Selbstkontrolle
- * [Anlage 11](#): beihilfefähige Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen u. Schutzimpfungen
- * [Anlage 12](#): Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen (Brust- oder Eierstockkrebsrisiko)
- * [Anlage 13](#): Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen (Darmkrebsrisiko)

① Mehr beihilfefähige Leistungen

► § 4 Berücksichtigungsfähige Personen

>>> Ehegattinnen, Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen beihilfeberechtigten Personen sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20.000 Euro nicht übersteigt. Ab dem 1. März 2026 beträgt die Einkommensgrenze **20.748 Euro**. Künftig soll im Land Berlin – analog zur Bundesregelung – eine Dynamisierungsregelung der Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Personen normiert werden.

Die Änderung wird sich im folgenden Kalenderjahr auswirken, und zwar erstmals auf Beihilfen, die im Jahr **2026** für berücksichtigungsfähige Personen gewährt werden.

Die zuständige Senatsverwaltung gibt den jeweils angepassten Betrag anlassbezogen durch Rundschreiben ([RS SenFin 8/2026 v. 08.02.2026](#)) bekannt.

und Lebenspartner von

Krankengymnastik

4 KG einschl. Massage	29,00 €
5 KG n. Bobath	46,00 €
7 KG Gruppe (2-5 P.)	13,00 €
9 KG Atemtherapie	86,80 €
11 Manuelle Therapie	34,80 €
16 KG-Gerät	54,50 €
17 Schlingentisch u. a.	8,80 €

Höchstbeträge nicht identisch mit BBhV seit 1. Februar 2026!

► § 23 Heilmittel

[>>> [Anlage 7](#)]

§ 23 Abs. 2: Aufwendungen für Ergotherapie und für bei der Anwendung 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.

>>> Der bisherige Absatz 2 erhält die **Nummer 3**.

[*wirkungsgleiche GKV-Übernahme]

► § 47 Abweichender Bemessungssatz

>>> Wiedereinführung der bis zum 20.01.2017 geltenden Regelung mit einer jetzt vereinfachten Bearbeitung für beihilfeberechtigte Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Familienversicherung nach § 10 SGB V) versichert sind. Beihilfeberechtigte Personen, die freiwillig in der GKV versichert sind und individuelle Beihilfe erhalten, sowie berücksichtigungsfähige Angehörige, bekommen künftig 100 % der beihilfefähigen Kosten erstattet. Dabei werden die Leistungen der Krankenkasse angerechnet, also abgezogen. Ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen wird nicht mehr berücksichtigt.

§ 47 Absatz 5 (neuer Absatz): 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.

>>> Die bisherigen Absätze 5 und 6 erhalten die **Nummern 6 und 7**.

Massagen

18a Klassische. M.	21,10 €
18b Bindegewebsm.	25,40 €
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
19a Teilbehandlung	35,10 €
19b Großbehandlung	52,70 €
19c Ganzbehandlung	70,20 €

Höchstbeträge nicht identisch mit BBhV seit 1. Februar 2026!

Lesehinweis:

- ↪ >>> = Erläuterungen; Begründungen aus der Senatsvorlage
- ↪ §: = Bisherige Textfassung der LBhVO 2021
- ↪ §: = **Neue Textversion der 5. Änderungsverordnung 2026**
- ↪ [*Wirkungsgleiche Anpassung/Umsetzung an GKV-Recht]

② Reduzierte Eigenanteile

► § 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

[\[>>> Anlage 1\]](#)

§ 6 Absatz 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. 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 Absatz 3: Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind angemessen, wenn sie sich innerhalb des in der einschlägigen Gebührenordnung vorgesehenen Gebührenrahmens halten. Als nicht angemessen gelten Aufwendungen auf Grund einer Vereinbarung nach § 2 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte, nach § 2 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte oder nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte, soweit sie die gesetzlichen Gebühren übersteigen. Angemessen sind auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen oder Verträgen zwischen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern und gesetzlichen Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfeträgern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen, wenn sie die Höchstbeträge nach Anlage 2 nicht übersteigen. [\[>>> Anlage 2\]](#)

>>> Konkretisierung der Rechtsnorm durch Aufnahme eines Aufwandausschlusses, nachdem eigene Aufwendungen für Hardware, Betriebssoftware, Leitungskosten usw. bei der Inanspruchnahme von ansonsten beihilfefähigen Aufwendungen für telemedizinische Leistungen nicht beihilfefähig sind. Telemedizinische Leistungen finden ohne persönliches Treffen statt und nutzen Kommunikations- und Informationstechnologien. Die LBhVO erlaubt diese Form der Behandlung ohne Einschränkungen. Zur Rechtssicherheit wird klargestellt: Kosten für eigene technische Ausstattung zur Nutzung telemedizinischer Leistungen sind nicht beihilfefähig. Von der Beihilfe ausgeschlossen sind Endgeräte, die für telemedizinische Leistungen wie Telesprechstunden benötigt werden (z. B. Smartphone, Tablet, Laptop, Smartwatch, Kamera). Solche Geräte werden in der Regel nicht ausschließlich für Telemedizin angeschafft und besitzen einen deutlich größeren Funktionsumfang. Außerdem sind sie üblicherweise bereits Teil der allgemeinen Haushaltsausstattung. Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen dies deutlich: 2020 verfügten 92 % der Haushalte über einen Internetanschluss; 2018 hatten 81,2 % einen mobilen PC und 96,7 % ein Mobiltelefon. Die durch die Nutzung telemedizinischer Anwendungen entstehenden Strom- und Datenkosten sind nicht beihilfefähig und den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzuordnen. Eine gesonderte Ermittlung des durch digitale Gesundheitsanwendungen verursachten Mehrverbrauchs ist praktisch nicht möglich. Zudem ist davon auszugehen, dass der zusätzliche Strom- und Datenverbrauch aufgrund verbreiteter WLAN-Nutzung und Flatratetarife nur in geringem Umfang anfällt.

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.

► § 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung u. Selbstkontrolle, Körperersatzstücke [\[>>> Anlage 9\]](#)

§ 25 Abs. 1: Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind vorbehaltlich des Absatzes 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in Anlage 9 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. **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.**

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

§ 25 Abs. 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.**

>>> Sofern bestimmte Hilfsmittel oder Geräte zur Selbstbehandlung/Selbstkontrolle nicht in den Anlagen 9 oder 10 stehen und auch nicht mit den dort genannten vergleichbar sind, können die Aufwendungen dafür ausnahmsweise trotzdem erstattet werden. Das gilt aber nur, wenn dies wegen der Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach § 45 Beamtenstatusgesetz notwendig ist. Wenn die Kosten in den genannten Fällen mehr als 600 Euro betragen, darf die Festsetzungsstelle nur mit Zustimmung der zuständigen Senatsverwaltung entscheiden. Liegen die Kosten über 1.200 Euro, muss die Senatsverwaltung dieser Entscheidung bereits vorher ausdrücklich zustimmen.

Packungen

22 Heiße Rolle	13,60 €
23a wiederverwendbarer Fango	15,80 €
23B einmal verwendbarer Naturfango	36,20 €

Höchstbeträge nicht identisch mit BBhV seit 1. Februar 2026!

[>>> [Anlage 10](#)]

§ 25 Abs. 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.**

► § 26a Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern

>>> Weil Krankenhäuser ihre Leistungen inzwischen über eine Kombination aus Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG, ein Fallpauschalensystem für Krankenhäuser) und einem täglichen Pflegeentgelt abrechnen, muss auch die Beihilfe den Höchstbetrag für Krankenhauskosten nach § 26a Abs. 1 Nr. 1 LBhVO auf einer neuen Grundlage berechnen. Für die Berechnung der Pflegekosten wird der vorläufige Pflegeentgeltwert nach § 15 Abs. 2a Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes verwendet. Dieser Wert wird mit der passenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 Satz 4 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) und mit der Anzahl der belegten Tage multipliziert. Für die Berechnung des Höchstbetrags nach § 26a Abs. 1 Nr. 2 LBhVO wird jetzt der PEPP-Entgeltkatalog (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) verwendet. Dabei wird ein Basisfallwert von 300 Euro zugrunde gelegt. Zusätzlich werden auch die vorgesehenen Zusatzentgelte und ergänzenden Tagesentgelte berücksichtigt.

► § 31 Fahrtkosten

§ 31 Absatz 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 sind 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.

§ 31 Absatz 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, BI 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.

>>> In den genannten Fällen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich. Wenn aus den eingereichten Belegen nicht klar hervorgeht, warum die Fahrt notwendig war, muss der Anlass zusätzlich nachgewiesen werden. Das kann zum Beispiel durch die Vorlage der ärztlichen Rechnung geschehen, aus der das Datum der erforderlichen Behandlung ersichtlich ist.

§ 31 Absatz 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.

§ 31 Absatz 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.

§ 31 Absatz 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.

§ 31 Absatz 6: >>>Der bisherige Absatz 5 erhält die Nummer 6.

► **§ 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen**

>>> Erweiterung der Berücksichtigung von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 11c SGB V als Leistungserbringer, bei denen entstandene Aufwendungen zur Anschlussheilbehandlung beihilfefähig sind.

§ 34 Absatz 4: § 26 Absatz 1 Nr. 5, § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nr. 2 bis 4 und 5 Buchstabe a und b gelten entsprechend, jedoch ohne die zeitliche Begrenzung nach § 35 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 Buchstabe a und b auf 21 Tage.

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

§ 34 Absatz 5: Kosten für die Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderung sind beihilfefähig

1. bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 31 Abs. 4 Nr. 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 Landesbeamten-gesetzes 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.

§ 34 Absatz 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.

► **§ 35 Rehabilitationsmaßnahmen Verbesserungen im Pflegebereich**

>>> 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, ist dies bei den anderen Trainingseinheiten nicht erforderlich. Die bisherige Regelung wurde ergänzt, damit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im EU-Ausland ebenso genutzt werden können wie im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung.

§ 35 Absatz 1cc Satz 2: Die für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständige Senatsverwaltung gibt anlassbezogen eine aktuelle Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte durch Rundschreiben bekannt.

§ 35 Absatz 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,

Elektrotherapie

42 (10 – 20 Min.)	8,30 €
43 Elektrostimulation bei Lähmungen	18,30 €

**Höchstbeträge nicht identisch
mit BBhV seit 1. Februar 2026!**

- 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.

§ 35 Absatz 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.

[Angleichung an die Regelung der GKV]

Heilbäder- und Kurortverzeichnis werden nach Inkrafttreten der Fünften Verordnung zur Änderung der LBhVO vom 13.01.2026 anlassbezogen mit SenFin-Rundschreiben bekannt gegeben:

➔ [SenFin-RS SenFin IV Nr. 6. 03.02.2026](#)

Hinweise zur Durchführung des § 76 des Landesbeamtengesetzes (LBG) in Verbindung mit der Landesbeihilfeverordnung (LBhVO)

hier: Bekanntgabe des Heilbäder- und Kurortverzeichnisses nach Inkrafttreten der Fünften Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Landesbeihilfeverordnung – LBhVO) vom 13.01.2026 (GVBl. S. 30 ff)

➔ [Anlage zum RS SenFin IV Nr. 6/2026](#)

Übersicht der anerkannten Heilbäder- und Kurorte (Stand 01/2026)

③ Vereinfachtes Antragsverfahren

- § 18a Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie

>>> Wegfall des Gutachterverfahrens im Bereich Psychotherapie:

§ 18a Absatz 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.

[*Wirkungsgleiche Regelung entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie]

- § 47 Abweichender Bemessungssatz

>>> Beihilfeberechtigte Personen, die freiwillig in der GKV versichert sind und individuelle Beihilfe erhalten, sowie berücksichtigungsfähige Angehörige, die familienversichert nach § 10 SGB V sind, bekommen künftig 100 % der beihilfefähigen Kosten erstattet. Dabei werden die Leistungen der Krankenkasse angerechnet, also abgezogen. Ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen wird nicht mehr berücksichtigt – das ist folgerichtig, weil es einen solchen Zuschuss bei der privaten Krankenversicherung ebenfalls nicht mehr gibt.

Nach Absatz 4 wird folgender **Absatz 5** eingefügt:

§ 47 Absatz 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.

Die weiteren Absätze werden dann **6,7 und 8**.

- § 48 Begrenzung der Beihilfe

>>> Künftig können Teilbescheide erteilt werden, wenn ein Beihilfeantrag verschiedene Arten von Belegen enthält – zum Beispiel auch eine Krankenhausrrechnung. Das bedeutet: Teile des Antrags können schon bearbeitet und bewilligt werden, während andere Unterlagen noch geprüft werden.

§ 48 Absatz 1 Satz 5 u. 6: 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.

Stimm-, Sprech-, Sprach- u. Schlucktherapie

Einzelbehandlung:	
51a (30 Min.)	52,20 €
51b (45 Min.)	71,70 €
51c (60 Min.)	91,30 €
Gruppenbehandlung:	
52a 2 Personen	64,50 €
52b 3-5 Personen	34,50 €

**Höchstbeträge identisch mit
BBhV seit 1. August 2025!**

- § 54 Antragsfrist

>>> Die Antragsfrist beträgt wie in der BBhV (§ 54 BBhV) drei Jahre. Seit 1. März 2026 wird Beihilfe gezahlt, wenn sie innerhalb von drei Jahren (bisher ein Jahr) nach dem Rechnungsdatum beantragt wird. Bei Pflegeleistungen beginnt die Frist am letzten Tag des Monats, in dem die Pflege stattgefunden hat. Nach Ablauf von drei Jahren verfällt der Anspruch für diese Rechnung.

§ 54 Absatz 1 Satz 1: Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von **drei Jahren** nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den

Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen **nach § 38a Absatz 3** der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der **sozialen Entschädigung** vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der **sozialen Entschädigung** 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.

Tipp: Schnellere Bearbeitung

Antrag über 4.000,- € beihilfefähige Aufwendungen

Antrag mit beihilfefähige Aufwendungen
über 4.000,- Euro werden separat
von einer Gruppe bearbeitet!

④ Anpassung an Bundesrecht

- § 18 Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen

[>>> [Anlage 3](#)]

§ 18 Absatz 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. psychotherapeutischen 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 Abs. 1 Nr. 1 sind je Krankheitsfall für bis zu vier Sitzungen in Einheiten von 100 Min. beihilfefähig. Die Sitzungen können auch in Einheiten von 50 Min. 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.

Ernährungstherapie

74a (30 Min.)	39,90 €
74b (60 Min.)	79,70 €
78 i. häuslichen Umfeld	79,70 €

Höchstbeträge nicht identisch mit BBhV seit 1. Januar 2026!

(4) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung nach Absatz 1 Nr. 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 Abs. 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.

[*Wirkungsgleiche Regelung entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie]

- § 20 Verhaltenstherapie

[>>> [Anlage 3](#)]

§ 20 Absatz 1:

>>> Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie sind pro Krankheitsfall bis zu **60 Sitzungen** beihilfefähig. In Ausnahmefällen können weitere **20 Sitzungen** übernommen werden.

[*Wirkungsgleiche Regelung entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie]

► § 20a Systemische Therapie

[>>> [Anlage 3](#)]

>>> Seit Ende 2018 ist die Systemische Therapie in Deutschland für Erwachsene als Richtlinienverfahren im Leistungskatalog der GKV verankert. Die Systemische Therapie wird in das bestehende System der beihilfefähigen psychotherapeutischen Leistungen integriert und den bereits anerkannten Richtlinienverfahren gleichgestellt.

§ 20a Absatz 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:**

im Regelfall **36 Sitzungen** (Einzel- oder Gruppenbehandlung), in Ausnahmefällen **weitere 12 Sitzungen**.

[*Wirkungsgleiche Übertragung des Richtlinienverfahrens „Systemische Therapie“]

► § 22 Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte

§ 22 Absatz 1 Nr. 4: **Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang verordnete oder während einer Behandlung verbrauchte Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte im Sinne des Medizinprodukterechts zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung aufgeführt werden und die dort genannten Maßgaben erfüllen.**

[*Wirkungsgleiche Anpassung an GKV-Recht – SGB V]

§ 22 Absatz 2: **Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für**

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 ...**

4. **gesondert ausgewiesene Versandkosten; 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.**

[*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)].

§ 22 Absatz 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](http://www.bfarm.de) (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.**

[*Wirkungsgleiche Anpassung an GKV-Recht – SGB V]

Begründung der Senatsvorlage:

„... 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. Ist ein Arzneimittel einer Festbetragsgruppe nachweislich nicht verfügbar oder nur mit unangemessenem Aufwand erhältlich und steht lediglich ein höherpreisiges Arzneimittel außerhalb der Festbetragsgruppe zur Verfügung, kann von Absatz 3 bis zur Beseitigung des Lieferengpasses abgewichen werden.“

Ergotherapie

Einzelbehandlung

54a (45 Min.)	57,00 €
54b (60 Min.)	76,00 €
54c (75 Min.)	94,90 €

**Höchstbeträge identisch mit
BBhV seit 1. September 2025!**

- § 24 Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen [\[>>> Anlage 8\]](#)

§ 24 Absatz 1: Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.

>>> Wenn Behandlungen in psychiatrischen oder psychosomatischen Institutsambulanzen von der GKV bezahlt werden, können auch Beihilfeberechtigte und ihre Angehörigen diese Angebote nutzen. Die Kosten sind dann im gleichen Umfang beihilfefähig wie bei der GKV. Ein dem § 18a Absatz 3 LBhVO entsprechendes Anerkennungsverfahren ist nicht vorgesehen.

[*Wirkungsgleiche Anpassung an GKV-Recht – SGB V]

- § 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstück

>>> 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. Mit der Anhebung der Betragsgrenzen können die Festsetzungsstellen in Einzelfällen bei Aufwendungen von bis zu 600 Euro eigenständig entschieden.

§ 25 Absatz 1: Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankheitsbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind vorbehaltlich des Absatzes 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in Anlage 9 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. **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.**

Podologie

62 Behandlung klein	35,20 €
63 Behandlung groß	50,60 €
64 Befundung j. Beh.	3,50 €

Höchstbeträge nicht identisch mit BBhV seit 1. Februar 2026!

§ 25 Absatz 4: 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. Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 25 Absatz 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.

- § 25a Digitale Gesundheitsanwendungen

>>> Die Regeln aus § 33a SGB V zu **digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)** werden inhaltlich vollständig auf die Beihilfe in den neuen Paragraphen 25a übertragen. Dabei werden auch die Vorgaben der DiGA-Verordnung und der DiPA-Verordnung (**D**igitale **P**flege**a**nwendungen), berücksichtigt. Außerdem gelten die digitalen Heilmittel, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht und im Bundesanzeiger bekannt gemacht wurden. Für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gibt es in der GKV ausgehandelte Preise. Für Selbstzahler gelten oft andere Preise. Nach § 6 Absatz 3 LBhVO gilt normalerweise die Standardversion einer DiGA als ausreichend und angemessen. Erweiterte Versionen enthalten meist zusätzliche Komfortfunktionen, die medizinisch in der Regel nicht notwendig sind. In besonderen Ausnahmefällen kann jedoch auch eine erweiterte Version erstattet werden – vorausgesetzt, eine Ärztin oder ein Arzt begründet schriftlich, warum diese Version medizinisch erforderlich ist. Geräte wie Smartphones, Tablets, Laptops oder Smartwatches, die man für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen oder telemedizinischer Leistungen braucht, werden nicht von der Beihilfe bezahlt. Es wird davon ausgegangen, dass solche Geräte normalerweise nicht ausschließlich für Gesundheitszwecke angeschafft oder genutzt werden. Die anfallenden Kosten für den Strom und Datenverbrauch sind ebenfalls nicht beihilfefähig und werden den allgemeinen Lebenshaltungskosten zugerechnet.

[*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)].

► **§ 26 Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern**

>>> **Inhaltliche, aber grundsätzlich wirkungsgleiche Neugestaltung der Regelung:**

§ 26 Absatz 5b: einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe von **1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich**, und ...

► **§ 26b Übergangspflege im Krankenhaus**

§ 26 b; Kosten für die Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e Absatz 1 SGB V können für bis zu zehn Tage pro Krankenhausbehandlung erstattet werden. Nicht erstattet werden dagegen zusätzliche Wahlleistungen für die Unterkunft, wenn sie gesondert berechnet werden.

[*Wirkungsgleiche Übertragung der Regelung des § 39e Absatz 1 Satz 1 bis 3 SGB V]

► **§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen**

>>> **Wegfall des Gutachterverfahrens im Bereich Rehabilitationsmaßnahmen:**

§ 36 Absatz 1: Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. **Die Anerkennung setzt voraus, dass eine ärztliche Bescheinigung Aussagen dazu trifft.**

§ 36 Absatz 1 Nummer 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; **dies gilt nicht, wenn eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegt,**

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

§ 36 Absatz 1 Nummer 5: **eine Begleitperson medizinisch notwendig ist.**

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. Für die Anerkennung von - nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist **eine ärztliche Bescheinigung** 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.

§ 36 Absatz 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 **der ärztlichen Bescheinigung** ist aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.

[*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]

§ 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

>>> Diese Regelung übernimmt die Vorgaben der GKV. Daneben sind die in Anlage 11 aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen beihilfefähig (§ 41 Abs. 1)

[*Wirkungsgleiche Anpassung an GKV-Recht – SGB V]

[\[>>> Anlage 11\]](#)

>>> Aufwendungen für Leistungen und Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis dritten Grades beruht (§ 41 Abs. 3).

[\[>>> Anlage 12\]](#)

>>> Aufwendungen für Leistungen und Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis zweiten Grades beruht (§ 41 Abs. [\[>>> Anlage 13\]](#))

■ **§ 43 Künstliche Befruchtung**

>>> Die Regelung wird an Punkt 11.5 b) der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung angepasst. Damit wird sie sowohl dem medizinischen Fortschritt als auch der aktuellen Rechtslage in Deutschland gerecht.

[*Anpassung der beihilfefähigen Regelung an die Richtlinie über die künstliche Befruchtung des GBA]

■ **§ 43a Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch**

[*Anpassung der beihilfefähigen Regelung an die Richtlinie über die künstliche Befruchtung des GBA]

■ **§ 45a Organspende und andere Spenden**

>>> Personen, die Organe, Gewebe, Blutstammzellen oder andere Blutbestandteile spenden, sollen keine eigenen Kosten tragen müssen. Deshalb werden notwendige Unterbringungskosten außerhalb des Krankenhauses – zum Beispiel in einem Hotel – als beihilfefähig anerkannt.

§ 45a Absatz 2: Aufwendungen für eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind entsprechend Kapitel 2 und **§ 7 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes** beihilfefähig, wenn die Empfängerin oder der Empfänger der Spende eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person ist.

■ **§ 45b Klinisch-epidemiologisches Krebsregister Brandenburg-Berlin**

>>> Seit 1997 betreiben die Bundesländer Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen gemeinsam ein klinisches Krebsregister, um die Vorgaben des § 65c SGB V umzusetzen. Der ursprüngliche Staatsvertrag aus dem Jahr 1997 wurde 2021 gekündigt und durch einen neuen Staatsvertrag ersetzt (siehe Drucksache 19/0452 vom 17.08.2022). Das neue gemeinsame Register trägt künftig den Namen „Klinisch-epidemiologisches Krebsregister Brandenburg-Berlin“.

■ **§ 49 Eigenbehalte**

>>> Für Leistungen der neuen Übergangspflege im Krankenhaus nach § 26b gelten künftig ebenfalls Eigenbehalte. Damit orientiert sich die Beihilfe an der entsprechenden Vorschrift des § 39e Absatz 2 SGB V. Außerdem wurden die notwendigen redaktionellen Anpassungen im Gesetzestext vorgenommen.

LVvA Berlin - Beihilfestelle

1. Die Geschäftsstelle des Beihilfeservices ist bis auf Weiteres geschlossen!
2. Begrenzte Telefonsprechzeiten für Beihilfeangelegenheiten - Beihilfe Tel.: 030 90139-6060
Dienstag 9:00 Uhr bis 11:00 Uhr
3. Begrenzte Telefonsprechzeiten für Beihilfeangelegenheiten – Pflege Tel: 030 90139-6262
Mittwoch 9:00 Uhr bis 11:00 Uhr
4. Begrenzte Telefonsprechzeiten für Fragen zu Rehmaßnahmen, Psychotherapien, KFO und zahnärztlichen Heil- und Kostenplänen Tel.: 030 90139-6060
Donnerstag 9:00 Uhr bis 11:00 Uhr
5. Service ausschließlich als themenbezogene Terminsprechstunde online [buchbar](#).

5 Verbesserungen im Pflegebereich

- § 27 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

§ 27 Absatz 1: 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. ...

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, so sind auch Aufwendungen beihilfefähig, die ihrer Höhe nach über der Höhe nach Satz 3 liegen.

§ 27 Absatz 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.

§ 27 Absatz 3: ... 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.

§ 27 Absatz 4: In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine durch eine Verordnerin oder einen Verordner im Sinne des Absatzes 2 ausgestellte Bescheinigung darüber vorgelegt wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist.

[*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)].

- § 27a Außerklinische Intensivpflege

>>> 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.

§ 27a Absatz 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 Bedarfes 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 Folgeaussstellung ist ein erneuter Nachweis nach Satz 2 Nummer 1 oder 2 zu erbringen.

§ 27a Absatz 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 Abs. 3 Satz 4 Nr. 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.

§ 27a Absatz 3: Die in den §§ 27 und 39 genannten Aufwendungen sind nicht neben den in den Absätzen 1 und 2 genannten Aufwendungen beihilfefähig.

[*Wirkungsgleiche Übertragung des § 37c SGB V in das Beihilferecht; 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 PKV oder GKV erfolgt.]

► § 28 Familien- und Haushaltshilfe

§ 28 Absatz X: 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, aufgerundet auf volle Euro, beihilfefähig, ...

[*Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge für eine Familien- und Hauspflegekraft gem. Mindestlohngesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S.1348), zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 28. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 172) geändert.]

► § 38a Häusliche Pflege

§ 38a Absatz 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 Abs. 3 SGB XI genannten **Beträge** beihilfefähig.

§ 36 SGB XI Pflegesachleistung

- (3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat
1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von **796 Euro**,
 2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von **1.497 Euro**,
 3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von **1.859 Euro**,
 4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von **2.299 Euro**.

§ 38a Absatz 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.

§ 38a Absatz 4: Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, wird die

§ 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen.

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. **347 Euro** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. **599 Euro** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. **800 Euro** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. **990 Euro** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

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

§ 38a Absatz 5: Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch nach den **§§ 74 bis 76 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 17 Abs. 1 des Soldatenentschädigungsgesetzes besteht.**

§ 38a Absatz 6: Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 **bis 3b 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 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch**. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

[*Wirkungsgleiche Übernahme des § 37 Absatz 3 SGB XI in das Beihilferecht]

§ 37 Absätze 3, 3c SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen; Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 können vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen.

(3c) Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 einschließlich damit verbundener betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger.

Durch Gesetzesänderung (BEEP-Gesetz) gelten ab 01.01.2026 neue Intervalle:

PG 2-5: nur noch halbjährlich verpflichtend; PG 4-5: freiwillig weiterhin vierteljährlich möglich.

Vergütungssatz: 74,10 € pro Beratungseinsatz gilt für alle Pflegegrade (PG 1-5) und für alle Beratungsstellen.

► **§ 38b Kombinationsleistungen**

§ 38b Absatz 2: Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt

1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c **für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr** und
2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

[*Wirkungsgleiche Übernahme des § 39 Absatz 5 SGB XI in das Beihilferecht]

► **§ 38c Verhinderungspflege, Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson**

§ 38c Absatz 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.**

§ 38c Absatz 2: **Aufwendungen für eine Versorgung der pflegebedürftigen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 42b Absatz 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.

[*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)]

► § 38e Kurzzeitpflege

§ 38e: 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 den §§ 42 und 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

[*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)]

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

§ 38g Absatz 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.**

>>> Beihilfefähig sind digitale Pflegeanwendungen für die häusliche Pflege nach § 40a SGB XI – aber nur, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung vorher bestätigt hat, dass diese Versorgung notwendig ist. Beihilfefähig sind Unterstützungsleistungen, die bei der Nutzung solcher digitaler Pflegeanwendungen helfen, entsprechend § 39a SGB XI. Es werden nur Kosten bis zu dem Betrag erstattet, der in § 40b Absatz 1 SGB XI festgelegt ist.

[*Wirkungsgleiche Übernahme der §§ 39a und 40a SGB XI in das Beihilferecht]

► § 39 Vollstationäre Pflege

§ 39 Absatz 1: § 43 Absatz 2 **und 4 sowie § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten** entsprechend.

§ 43 (2) SGB XI Inhalt der Leistung

(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. **805 Euro** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. **1.319 Euro** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. **1.855 Euro** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. **2.096 Euro** für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von **131 Euro** monatlich.

§ 43a SGB XI Inhalt der Leistung

Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall **je Kalendermonat 278 Euro** nicht überschreiten.

§ 39 Absatz 3: Maßgeblich sind die im Kalenderjahr **vor dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen** erzielten Einnahmen.

[*Wirkungsgleiche Übertragung des § 43c SGB XI in das Beihilferecht]

► **§ 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe**

§ 39a: 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.

[*Angleichung der Regelungen an das Recht der gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 43a SGB XI)]

► **§ 39b Aufwendungen bei Pflegegrad 1**

§ 39b: Für pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen des Pflegegrades 1 sind Aufwendungen beihilfefähig für:

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

5. vollstationäre Pflege nach § 39 Absatz 1 in Höhe **des in § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages,**

§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen **monatlich den Betrag von 42 Euro** nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen **Betrag in Höhe von 4 180 Euro je Maßnahme** nicht übersteigen.

§ 43 SGB XI Inhalt der Leistung

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen **Zuschuss in Höhe von 131 Euro** monatlich.

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

Die bisherige Nr. 7 wird **Nr. 8.**

[*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 Betrag dynamisch verwiesen.]

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

>>> Diese Regelung übernimmt inhaltlich die entsprechende gesetzliche Vorschrift. Im Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 gibt es den § 132g SGB V. Er ermöglicht es zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten. Dabei sollen die Versicherten über medizinische und pflegerische Möglichkeiten am Lebensende beraten werden. Außerdem sollen ihnen Unterstützungsangebote und Formen der Sterbebegleitung aufgezeigt werden.

§ 40a Absatz 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.

§ 40a Absatz 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.

[*Wirkungsgleiche Übertragung der gesetzlichen Regelung (§ 132g SGB V); zugelassene Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen sollen Versicherten über medizinisch und pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten und ihnen Hilfe und Angebote der Sterbebegleitung anbieten.]

► **§ 51 Bewilligungsverfahren**

§ 51 Absatz 2: **Auf Antrag kann die Festsetzungsstelle Beihilfe für Aufwendungen in Pflegefällen (nach den §§ 37 bis 39 und § 39b) 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.

Die Festsetzungsstelle hat spätestens zwölf Monate nach der Festsetzung zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Weitergewährung der Beihilfe weiterhin vorliegen.

§ 51 Absatz 7: Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. **Auf die Mindestbetragsregelung nach Satz 1 kann die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der für grundsätzliche beihilferechtliche Angelegenheiten zuständigen Senatsverwaltung verzichten.**

Wirkungsgleiche Anpassungen sind in der 5. Änderungsverordnung übernommen worden:

- ★ Sozialgesetzbuch (SGB) - [Elftes Buch \(XI\)](#) - Soziale Pflegeversicherung (BGBl. 1994 I S. 1014),
- ★ Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 ([BGBl. I S. 646](#)),
- ★ Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 ([BGBl. I S. 2394](#)),
- ★ Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch vom 22. März 2019 ([BGBl. I S. 350](#)),
- ★ Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22. Dezember 2020 ([BGBl. I S. 3299](#)),
- ★ Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes vom 11. Juli 2021 ([BGBl. I S. 2754](#)),
- ★ Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vom 23. Juni 2023 ([BGBl. I Nr. 155](#)),
- ★ Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 ([BGBl. I Nr. 50/2019, S. 2652 ff](#)),
- ★ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie ([Psychotherapie-Richtlinie](#)) vom 20. November 2020 ([BAnz AT 17.02.2021 B1](#)).

- Anlage 1 (zu § 6 Absatz 2 Satz 2)
Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen

Anlage 1

Abschnitt 1: Völliger Ausschluss

- 2.7 Heilung von Hernien ohne Operation
- 8.3 Hornhautimplantation refraktiv zur Korrektur der Presbyopie
- 16.1 Photobiomodulation (PBM) bei trockener altersbedingter Makuladegeneration (AMD)
- 22.3 visuelle Restitutionstherapie

Abschnitt 2: Teilweiser Ausschluss

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 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.

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

13. Visusverbessernde Maßnahmen

- a) Austausch natürlicher Linsen
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.
- 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.

- ▶ Anlage 2 (zu § 6 Absatz 3 Satz 4)
Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen
für Heilpraktikerleistungen

[Anlage 2](#)

(unverändert)

>>> Die Gebührensätze für Heilpraktiker richten sich in Deutschland nicht nach einer staatlich verbindlichen Gebührenordnung, sondern orientieren sich überwiegend am Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker ([GebÜH](#)) – einer seit 1985 bestehenden, privat entwickelten Referenztafel.

Sie wird von vielen privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen als Grundlage für die Erstattung genutzt. Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker stellt keine verbindliche Gebührenordnung dar. Bei den genannten Gebühren handelt es sich um statistische Durchschnittswerte. Dieselben wurden bereits vor Jahrzehnten durch Umfragen ermittelt. Aus kartellrechtlichen Gründen konnten diese Werte seitdem nicht mehr angepasst werden, sodass die in Jahrzehnten erfolgten Preis- und Kostensteigerungen nicht eingeflossen sind. Daraus ergibt sich, dass die Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker für die aufgeführten Einzelpositionen, an die heutige Preissituation angepasst, andere Gebühren in Ansatz bringen. Das Honorar der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker unterliegt aber auch der freien Vereinbarung zwischen Patient und Heilpraktiker. Das Gebührenverzeichnis kann hierfür in unterschiedlichen Bereichen Ansatzpunkte geben. Weder die Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker als auch private Krankenversicherungen und Beihilfestellen sind an das Gebührenverzeichnis gebunden.

Um Missverständnissen vorzubeugen, sollte vor der Behandlungsaufnahme eine eindeutige Klärung der Honorarfrage nebst evtl. Nebenkosten erfolgen. Heilpraktiker sind verpflichtet, ihre Patienten vor Behandlungsaufnahme eindeutig über die voraussichtlichen Kosten aufzuklären und auch darauf hinzuweisen, dass die Kosten möglicherweise von der PKV oder der Beihilfe ganz oder teilweise nicht übernommen werden.

- Anlage 3 (zu den §§ 18 bis 21)
Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

[Anlage 3](#)

>>> Anpassung an die Regelung der GKV und redaktionelle Anpassung durch die Einführung der neuen Berufsbezeichnung:

Abschnitt 1: Psychotherapeutische Leistungen

2b Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Familien-, Lebens-, Paar- oder Sexualberatung,

Abschnitt 2: Psychosomatische Grundversorgung

2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von:

d) einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten.

Abschnitt 3: Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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) 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 Psychotherapievereinbarung (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 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.

Abschnitt 4: Verhaltenstherapie

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) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen 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) 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 Psychotherapievereinbarung 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.

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 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.

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) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren,
- c) 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.

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.

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-Desensitization-and-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.

► Anlage 4 (§ 22 Absatz 1) weggefallen!

► Anlage 5 (§ 22 Absatz 2) weggefallen!

► Anlage 6 (§ 22 Absatz 3) weggefallen!

- **Anlage 7 (zu § 23 Absatz 1)
Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel**

Anlage 7

>>> Die Anlage 7 enthält die Höchstbeträge, die für beihilfefähige Heilmittel erstattet werden können. Sie gehört zu § 23 Abs. 1 LBhVO und listet detailliert auf, welche Leistungen in welchem Umfang finanziell berücksichtigt werden.

1. Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfe-Antrag innerhalb von drei Jahren nach dem Datum der Rechnungen gestellt wird.
2. Die Höchstbeträge für Heilmittel der LBhVO richten sich nicht nach dem Rechnungsdatum, sondern nach dem Datum der Behandlung. Entscheidend ist der Tag, an dem die Leistung erbracht wurde, nicht wann die Rechnung erstellt wurde.

Das ist ein wichtiger Unterschied zu Arztrechnungen, bei denen das Rechnungsdatum zählt.

➡ **Heilmittelerbringerliste**

Die **Heilmittelerbringerliste** vom GKV-Spitzenverband ermöglicht eine Suche nach Heilmittelpraxen für Physiotherapie, Podologie, Ergotherapie, Ernährungstherapie sowie Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in Deutschland. In der Heilmittelerbringerliste sind grundsätzlich sämtliche zur Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Heilmittelpraxen verzeichnete

Heilmittelvergütungen

Die GKV-Preise gelten ausschließlich für gesetzlich Versicherte und beruhen auf Verträgen nach § 125 SGB V und haben keine Wirkung für Privatbehandlungen!

Beihilfehöchstsätze sind keine Preisgrenzen.

Zwischen Therapeut und Privatpatient entsteht ein zivilrechtlicher Vertrag nach §§ 611 ff. BGB; Therapeuten dürfen Privatpreise frei vereinbaren.

Vor Behandlungsbeginn Honorarvereinbarung treffen!

- **Anlage 8 (zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1)
Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel**

Anlage 8

3. Bereich Ergotherapie(Beschäftigungstherapie einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung)

>>> Bei den Änderungen der Anlage 8 handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung des Begriffs aufgrund der geänderten Heilmittel-Richtlinie des G-BA* vom 19. September 2019, die am 1. Oktober 2020 in Kraft trat.

- * G-BA steht für Gemeinsamer Bundesausschuss. Er ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen und erlässt u. a. die Heilmittel-Richtlinie.

- ▶ Anlage 9 (zu § 25 Absatz 1 und 4)
Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

Anlage 9

Abschnitt 1 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

- 2.14 Blutdruckmessgerät
- 2.15 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)
- 4.1 Defibrillatorweste
- 6.1 Farberkennungsgerät
- 7.6 Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung (Continuous Glucose Monitoring – CGM, Flash Glucose Monitoring – FGM*) einschließlich Sensoren bei Personen mit einer behandlungsbedürftigen Stoffwechselerkrankung wie einer behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus; daneben sind Aufwendungen für übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Bluttteststreifen beihilfefähig
- 7.11 Gummihose, oder saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen) bei Blasen- oder Darminkontinenz
- 8.8 Hörgeräte (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], drahtlose Hörhilfen), 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 Gehörlosigkeit grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten
- 11.21 Krankenfahrstuhl (auch elektrisch) und Zubehör
- 19.2 Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist ausgeschlossen)
- 20.5 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten oder Personen mit Hüfttotalendoprothese
- 21.1 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.
- 22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit (Gehörlosigkeit)

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.

Abschnitt 3 Blindenhilfsmittel und Mobilitätstraining

2. Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung im Gebrauch dieser Hilfsmittel (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

- aa) Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Unterrichtsstunden = 85 Euro,
- bb) Fahrtzeit der Trainerin oder des Trainers je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird = 68 Euro,

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

Abschnitt 4 Sehhilfen

Unterabschnitt 3 Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus

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 Falle einer Ersatzbeschaffung gelten die Regelungen des Unterabschnittes 1 Nummer 2 Buchstabe a und b.

4. Nicht beihilfefähig sind:

- d) multifokale Kontaktlinsen oder Mehrstärken-Kontaktlinsen,
- f) orthokeratologische Kontaktlinsen (Nachtlinsen) zur Korrektur von Fehlsichtigkeit im Schlaf,
- g) Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

* CGM und FGM sind zwei moderne Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung für Menschen mit Diabetes. Auf Deutsch heißen sie „kontinuierliche Glukosemessung (CGM)“ und „Flash-Glukose-Monitoring (FGM)“. Beide messen den Zucker nicht im Blut, sondern in der Gewebsflüssigkeit unter der Haut.

- ▶ Anlage 10 (zu § 25 Absatz 1, 2 und 4)
Nicht beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel,
Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle

[Anlage 10](#)

Neu:

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

Gestrichen:

Blutdruckmessgerät

Um den Leistungsumfang der GKV anzugleichen, wurde der bisherige Ausschluss von Blutdruckmessgeräten aufgehoben.

Blutdruckmessgeräte gelten als beihilfefähige Hilfsmittel und sind in Anlage 9 aufgenommen worden.

Ess- und Trinkhilfen

Ein Ausschluss von Ess- und Trinkhilfen ist nicht mehr gerechtfertigt, da Essen und Trinken Grundbedürfnisse sind und solche Hilfen bei Einschränkungen als Hilfsmittel gelten.

WC-Sitz

Standard-WC-Sitze sind nach § 25 Abs. 2 Nr. 1 c LBhVO nicht beihilfefähig, weil sie zur allgemeinen Lebenshaltung gehören. In der Praxis werden jedoch oft auch behindertengerechte Toilettensitze oder medizinisch notwendige Sitzerhöhungen fälschlich darunter eingeordnet.

Diese speziellen Toilettenhilfen sind jedoch nach Anlage 9 Nr. 20.5 beihilfefähig.

- **Anlage 11** (zu § 41 Absatz 1 Satz 3)
Nach § 41 Absatz 1 Satz 3 beihilfefähige Früherkennungsuntersuchungen,
Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen

[Anlage 11](#)

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

>>> Da die Corona-Schutzimpfung nach § 132e Abs. 1a SGB V nun zur regulären Krankenversorgungsleistung gehört, ist zur Rechtssicherheit ein eigener Tatbestand für Corona-Impfungen – einschließlich Impfungen in Apotheken – in die LBhVO aufgenommen worden:

- ▶ **Anlage 12** (zu § 41 Absatz 3)
Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko

[Anlage 12](#)

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 -23 (weitere Orte)

Abschnitt 2 Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms

Beihilfefähig sind Aufwendungen für die 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 Pflegende.
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 zum Jahr 2015 getestet wurden.
 - aa) 2.600 Euro bei einer erneuten Genpanel-Untersuchung zur Komplettierung der Indextestung oder
 - bb) 920 Euro für eine bioinformatrische 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 intensivierete Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen
 - b) einmalig 672,80 Euro, sofern wegen des Wegfalls des erhöhten Risikos bei Nichterkrankten die intensivierete Früherkennung beendet wird und im entsprechenden Kalenderjahr noch keine Pauschale nach Buchstabe a erstattet wurde.

- **Anlage 13** (zu § 41 Absatz 4)
Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

[Anlage 13](#)

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) zusammen-geschlossenen 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 – 16 (weitere Orte)

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 Mutationsuche 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.