



Bundesgesetzblatt

Teil I

2024

Ausgegeben zu Bonn am 13. März 2024

Nr. 92

Zehnte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Vom 6. März 2024

Auf Grund des § 80 Absatz 6 des Bundesbeamtengesetzes, der zuletzt durch Artikel 2 Nummer 2 des Gesetzes vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2232) geändert worden ist, in Verbindung mit § 1 Absatz 2 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176) verordnet das Bundesministerium des Innern und für Heimat im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit:

Artikel 1

Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Die Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713; 2021 I S. 343) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu § 18 wird wie folgt gefasst:

„§ 18 Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen“.
 - b) Nach der Angabe zu § 25 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 25a Digitale Gesundheitsanwendungen“.
 - c) Nach der Angabe zu § 26a wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 26b Übergangspflege im Krankenhaus“.
 - d) Nach der Angabe zu § 27 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 27a Außerklinische Intensivpflege“.
 - e) Die Angabe zu § 38c wird wie folgt gefasst:

„§ 38c Verhinderungspflege, Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson“.
 - f) Die Angabe zu § 38g wird wie folgt gefasst:

„§ 38g Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen“.
 - g) In der Angabe zu Anlage 1 wird die Angabe „(zu § 6 Absatz 2)“ durch die Angabe „(zu § 6 Absatz 4 Satz 2)“ ersetzt.
 - h) In der Angabe zu Anlage 2 wird die Angabe „(zu § 6 Absatz 3 Satz 4)“ durch die Angabe „(zu § 6 Absatz 5 Satz 4)“ ersetzt.

- i) Die Angaben zu den Anlagen 4 bis 6 werden wie folgt gefasst:
 - „Anlage 4 (weggefallen)
 - Anlage 5 (weggefallen)
 - Anlage 6 (weggefallen)“.
 - j) Die Angabe zu Anlage 14a wird aufgehoben.
 - k) Die Angabe zu Anlage 15 wird wie folgt gefasst:
 - „Anlage 15 Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären (zu § 41 Absatz 4) Darmkrebsrisiko“.
2. Dem § 5 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Die Beihilfeberechtigung aus einem neuen Dienstverhältnis schließt die Beihilfeberechtigung aus einem bereits bestehenden Dienstverhältnis aus.“
3. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
 - „Solange die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner mit einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 in häuslicher Gemeinschaft am Auslandsdienstort lebt, bleiben unberücksichtigt:
 - 1. deren oder dessen im Rahmen einer im Ausland aufgenommenen oder fortgeführten Erwerbstätigkeit erzielten ausländischen Einkünfte,
 - 2. deren oder dessen im Kalenderjahr der Ausreise an den ausländischen Dienstort und der Rückreise an den inländischen Dienstort aus einer Erwerbstätigkeit erzielten inländischen Einkünfte und
 - 3. deren oder dessen Versorgungsbezüge und Renteneinkünfte.“
 - bb) In Satz 8 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.
 - cc) Folgender Satz wird angefügt:
 - „Sind zum Zeitpunkt der Antragstellung die Aufwendungen einer nach § 4 Absatz 1 berücksichtigungsfähigen Person nicht mehr beihilfefähig, ist auf den Zeitpunkt nach Absatz 1 abzustellen.“
 - b) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:
 - „Bei der Erbringung medizinischer Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien sind Aufwendungen für die Beschaffung, den Betrieb oder die technische Anbindung der Endgeräte sowie die Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen nicht beihilfefähig. Satz 3 gilt nicht für Aufwendungen für Geräte und deren Betrieb, die ausschließlich für eine medizinische Behandlung notwendig sind.“
 - c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.
 - bb) In den Sätzen 1, 2 und 5 werden jeweils die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.
 - d) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.
4. In § 8 Absatz 4 Satz 4 Nummer 1 werden die Wörter „nach § 10 Absatz 2, 4 oder 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf Bezug nehmenden Vorschriften“ durch die Wörter „nach den Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
5. In § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 werden die Wörter „nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen“ durch die Wörter „nach den Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
6. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 3 Satz 1 bis 3“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 5 Satz 1 bis 3“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 31 Abs. 5“ durch die Angabe „§ 31 Absatz 6“ ersetzt.
7. In § 13 werden die Wörter „§ 6 Absatz 3 Satz 4“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 5 Satz 4“ ersetzt.

8. § 18 wird wie folgt gefasst:

„§ 18

Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen

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

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

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

(4) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung 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 bis zu 30 Behandlungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung je Krankheitsfall als Einzeltherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig. Soll sich an die psychotherapeutische Akutbehandlung eine Behandlung nach den §§ 19 bis 20a anschließen, ist § 18a Absatz 3 zu beachten. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20a anzurechnen.

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

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach § 18 Absatz 4 und den §§ 19 bis 21 sowie
2. Leistungen nach Anlage 3 Abschnitt 1.“

9. § 18a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden vor den Wörtern „mindestens 100 Minuten“ die Wörter „in der Regel“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

b) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht“ durch das Wort „den“ ersetzt.

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Festsetzungsstellen können auf die Einholung eines Gutachtens im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 verzichten, wenn sichergestellt ist, dass sie selbst in der Lage sind, Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung festzustellen.“

d) In Absatz 6 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„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 genehmigungsfreien Kurzzeittherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig.“

10. In § 19 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „(Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte)“ gestrichen.
11. In § 20 Absatz 1 werden die Wörter „(Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte)“ gestrichen.
12. § 22 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird das Wort „schriftlich“ gestrichen und in Nummer 4 wird die Angabe „Anlage 4“ durch die Wörter „Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
- „1. Arzneimittel, die in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung genannt sind, es sei denn, dass das jeweilige Arzneimittel im Einzelfall nicht zur Behandlung in dem für dieses Arzneimittel in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Anwendungsbereich, sondern zur Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung, die eine Krankheit ist, eingesetzt wird und
- a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder
- b) die anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,“.
- bb) In Nummer 3 Buchstabe c wird die Angabe „Anlage 6“ durch die Wörter „Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung; Aufwendungen für anthroposophische und homöopathische Arzneimittel zur Behandlung der in Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten schwerwiegenden Erkrankungen sind beihilfefähig, wenn die Anwendung des jeweiligen Arzneimittels in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist,“ ersetzt.
- cc) In Nummer 7 werden nach dem Wort „Versandkosten“ ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht für Aufwendungen von Botendienstzuschlägen in Höhe von 2,50 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je Lieferort und Tag bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken“ eingefügt.
13. § 23 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:
- „(2) Aufwendungen für Ergotherapie und für bei der Anwendung der Ergotherapie verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der Anlagen 9 und 10 auch beihilfefähig, wenn die Ergotherapie durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten verordnet wird.“
- b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und in Satz 1 werden die Wörter „ärztlich oder zahnärztlich“ gestrichen.
14. In § 24 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und pauschal berechnet“ gestrichen und die Wörter „§ 6 Absatz 3 Satz 1 und 2“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 5“ ersetzt.
15. § 25 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen Gegenstandes im Sinne des Satzes 1 sind auch ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn der Ersatzgegenstand in derselben oder einer gleichwertigen Ausführung beschafft wird wie der unbrauchbar gewordene oder verloren gegangene Gegenstand und die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten nach der Anschaffung erfolgt.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
- „Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 bei Aufwendungen von mehr als 600 Euro mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat bei Aufwendungen von mehr als 1 200 Euro vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat herzustellen.“
- bb) In Satz 4 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.

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

„§ 25a

Digitale Gesundheitsanwendungen

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

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

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

(2) Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die Beschaffung, den Betrieb und die technische Anbindung der zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Endgeräte,
 2. die zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Telekommunikationsdienstleistungen,
 3. Zweit- oder Mehrfachbeschaffungen der digitalen Gesundheitsanwendung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten; dies gilt auch für eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung, die Lizenzen für die Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet, und
 4. Zubehör, das den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen ist wie zum Beispiel Aktualisierungs- oder Ergänzungssoftware für Betriebsprogramme, Kopfhörer, Mikrofone oder vergleichbare Hardware und digitale Waagen.“
17. In § 26 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b werden die Wörter „der Kosten eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich“ durch die Wörter „von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich,“ ersetzt.
18. § 26a Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 1 Buchstabe a werden nach den Wörtern „Zugrundelegung des“ die Wörter „zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden,“ eingefügt.
 - b) In Nummer 3 wird die Angabe „1,5“ durch die Angabe „1,2“ ersetzt und die Wörter „abzüglich 14,50 Euro“ werden gestrichen.

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

„§ 26b

Übergangspflege im Krankenhaus

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

20. § 27 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „soweit sie angemessen und nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich sind und die Pflege“ durch die Wörter „soweit sie angemessen sind und wenn sie nach Bescheinigung durch eine Verordnerin oder einen Verordner nach Absatz 2 erforderlich sind und die Pflege“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 werden die Wörter „oder ortsüblichen“ gestrichen.
- cc) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„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 den Sätzen 2 und 3 sind auch die 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.“

- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:
- „(2) Verordnerin oder Verordner ist
1. im Rahmen der häuslichen Krankenpflege oder Kurzzeitpflege bei fehlender dauernder Pflegebedürftigkeit die Ärztin oder der Arzt,
 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 oder der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
 - 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 vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
 - h) die Fachärztin mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder der Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.“
 - c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.
 - d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „eine ärztliche Bescheinigung“ durch die Wörter „eine durch eine Verordnerin oder einen Verordner ausgestellte Bescheinigung“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 1 Nummer 4“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.
 - e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und die Wörter „Absätze 1, 2 und 3“ werden durch die Wörter „Absätze 1, 3 und 4“ ersetzt.
 - f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und das Wort „ärztlich“ wird durch die Wörter „durch eine Verordnerin oder einen Verordner“ ersetzt.
 - g) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.
21. Nach § 27 wird folgender § 27a eingefügt:

„§ 27a

Außerklinische Intensivpflege

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

1. eine ärztliche Verordnung aus der, zum Beispiel aus den Angaben zur Dauer oder 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 Postbeamtenkrankenkasse.

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

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

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

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

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

22. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße“ durch die Wörter „bis zur Höhe des 1,17-fachen Betrages des sich aus § 1 Absatz 2 Satz 1 des Mindestlohngesetzes ergebenden Mindestlohns“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 2 wird jeweils die Angabe „§ 27 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 27 Absatz 5“ ersetzt.

23. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; 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, oder“.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 Nummer 4 werden nach dem Wort „Union“ ein Komma und die Wörter „sofern hierzu das Aufenthaltsland verlassen wird“ eingefügt.
 - bb) In Satz 4 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.

24. In § 33 Satz 3 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.

25. § 34 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- a) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „Fahrtkosten für die An- und Abreise“ durch die Wörter „Kosten für die Hin- und Rückfahrt“ ersetzt.
- b) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- c) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

„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.“

26. § 35 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 Nummer 1 werden die Wörter „Fahrtkosten für die An- und Abreise“ durch die Wörter „Kosten für die Hin- und Rückfahrt“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 werden die Wörter „dem Gutachten“ durch die Wörter „einer ärztlichen Bescheinigung“ ersetzt.

27. § 36 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Der Satzteil vor Nummer 1 wird wie folgt gefasst: „Die Anerkennung setzt voraus, dass eine ärztliche Bescheinigung Aussagen dazu trifft, dass“.
 - bbb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 4 eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen,“.
 - bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

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

- cc) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „ein Gutachten“ durch die Wörter „eine ärztliche Bescheinigung“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „dem Gutachten“ durch die Wörter „der ärztlichen Bescheinigung“ ersetzt.
28. In § 37 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.
29. § 38a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 werden nach den Wörtern „je Kalenderjahr“ ein Komma und die Wörter „im Fall des § 39 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr,“ eingefügt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
- „(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch nach den §§ 74 bis 76 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch besteht.“
- c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 37 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 37 Absatz 3 bis 3b“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird die Angabe „§ 37 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 37 Absatz 3c“ ersetzt.
30. In § 38b Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „je Kalenderjahr“ ein Komma und die Wörter „im Fall des § 39 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr,“ eingefügt.
31. § 38c wird wie folgt gefasst:

„§ 38c

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

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

(2) Aufwendungen für eine Versorgung der pflegebedürftigen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind nach § 42a Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 und Absatz 5 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nur beihilfefähig, wenn kein Anspruch nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht. Für die 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 § 42a Absatz 2 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, so sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts beihilfefähig.“

32. § 38g wird wie folgt gefasst:

„§ 38g

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

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

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

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

(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.“

33. § 39 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 43 Absatz 2 und 4 und § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

34. § 39b Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

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

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

c) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

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

d) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 8.

35. In § 40 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.

36. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 4 beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis dritten Grades beruht. Aufwendungen nach Satz 1 sind nach Maßgabe der Anlage 14 für folgende Maßnahmen beihilfefähig:

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

(4) Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 4 beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis zweiten Grades beruht. Aufwendungen nach Satz 1 sind nach Maßgabe der Anlage 15 für folgende Maßnahmen beihilfefähig:

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

b) In Absatz 6 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.

c) In Absatz 7 wird die Angabe „§ 31 Abs. 5“ durch die Angabe „§ 31 Absatz 6“ ersetzt.

37. § 42 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.

b) Im neuen zweiten Teilsatz wird die Angabe „§ 27 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 27 Absatz 5“ ersetzt.

38. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 6 wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt.

bb) In Nummer 7 wird das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt ersetzt.

cc) Nummer 8 wird aufgehoben.

b) Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

Nr.	Behandlungsmethode	Indikationen	Anzahl der beihilfefähigen Versuche
„5	Intracytoplasmatische Spermieninjektion	– schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermioogramme, die auf der Grundlage des Handbuchs der Weltgesundheitsorganisation zu „Examination and processing of human semen“ erstellt worden sind; die Untersuchung des Mannes durch eine Ärztin oder einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen – Intracytoplasmatische Spermieninjektion nach Kryokonservierung nach Absatz 7 bei nachgewiesener Fertilitätsstörung bei der Frau unabhängig von einer männlichen Fertilitätsstörung	drei; der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat“.

c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

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

39. § 45a Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ werden durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.
- b) In Nummer 5 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
- c) Nummer 6 wird aufgehoben.

40. In § 45b Absatz 2 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.

41. In § 46 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „§ 5 Absatz 5 Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „§ 5 Absatz 6 Satz 2 bis 4“ ersetzt.

42. § 47 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird vor den Wörtern „berücksichtigungsfähigen Personen“ das Wort „deren“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch die Wörter „Entschädigungszahlungen an Geschädigte nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.
- c) In Absatz 6 werden die Wörter „§ 31 Abs. 5 und § 41 Abs. 5“ durch die Wörter „§ 31 Absatz 6 und § 41 Absatz 6“ ersetzt.
- d) In Absatz 9 Satz 1 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.

43. § 48 Absatz 1 Satz 5 und 6 wird wie folgt gefasst:

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

44. § 49 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Nummer 1 wird die Angabe „Anlage 4“ durch die Wörter „§ 22 Absatz 1 Nummer 4“ ersetzt.
 - bbb) In Nummer 3 wird die Angabe „§ 35 Abs. 2“ durch die Wörter „§ 34 Absatz 5 und § 35 Absatz 2 Nummer 1“ ersetzt.

- bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
- „Erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung.“
- b) Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Wörter „§ 26a Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 und stationäre Behandlungen“ werden durch die Wörter „§ 26a Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 und § 26b und stationären Behandlungen“ ersetzt.
- bb) Die Wörter „§ 34 Absatz 1, 2 und 5“ werden durch die Wörter „§ 34 Absatz 1, 2 und 6“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 5 Buchstabe b wird die Angabe „30 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.
- bb) In Nummer 6 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.
45. § 50 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Dabei sind sowohl die Beträge nach § 49 Absatz 1 bis 3 als auch die Aufwendungen für Arzneimittel nach Satz 1 Nummer 2 zum entsprechenden Bemessungssatz zu berücksichtigen.“
46. § 51 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
- „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.“
- b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach den Wörtern „zusätzlich die Entlassungsanzeige und“ die Wörter „auf Verlangen der Festsetzungsstelle“ eingefügt.
- c) Absatz 8 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Auf die Mindestbetragsregelung nach Satz 1 kann die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der fachaufsichtsführenden Stelle verzichten.“
47. § 54 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden die Wörter „eines Jahres“ durch die Wörter „von drei Jahren“ ersetzt.
- b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegeleistungen“ die Wörter „nach § 38a Absatz 3“ eingefügt.
- c) In Satz 3 werden jeweils die Wörter „Träger der Kriegsopferfürsorge“ durch die Wörter „Träger der sozialen Entschädigung“ ersetzt.
48. In § 55 werden die Wörter „des Beihilfeantrags“ durch die Wörter „von Beihilfeangelegenheiten“ ersetzt.
49. In § 56 Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Übertragung“ durch das Wort „Regelung“ ersetzt.
50. § 58 Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 bis 6 ersetzt:
- „(4) § 11 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die zum Behandlungsdatum ihren gewöhnlichen Aufenthalt spätestens seit dem 1. Januar 2021 ununterbrochen im Vereinigten Königreich hatten.
- (5) Aufwendungen für Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal entsprechend § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, um die notwendige Versorgung des Pflegebedürftigen zu gewährleisten, sind bis zum 31. Dezember 2025 beihilfefähig.
- (6) Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, deren Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung oder nach einem Gesetz, das das Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung ganz oder teilweise für anwendbar erklärt, bestandskräftig festgestellt sind, gelten die Vorschriften des § 8 Absatz 4 Satz 4 Nummer 1, des § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1, des § 38a Absatz 5, des § 47 Absatz 2 Satz 2 und des § 54 Absatz 1 Satz 3 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter. Satz 1 gilt auch für ab 1. Januar 2024 entstehende Ansprüche nach dem Soldatenversorgungsgesetz in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz.“

51. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „(zu § 6 Absatz 2)“ durch die Wörter „(zu § 6 Absatz 4 Satz 2)“ ersetzt.

b) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2.7 werden nach dem Wort „Bruchheilung“ die Wörter „von Eingeweiden (Hernien)“ eingefügt.

bb) Nummer 3.3 wird aufgehoben.

cc) Nummer 3.4 wird Nummer 3.3.

dd) Nummer 13.1 wird aufgehoben.

ee) Nach Nummer 15.1 wird folgende Nummer 16.1 eingefügt:

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

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

gg) Nach Nummer 22.2 wird folgende Nummer 22.3 eingefügt:

„22.3 visuelle Restitutions therapie“.

c) Abschnitt 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 eingefügt:

„8. Modifizierte Eigenblutbehandlung

a) Zahnheilkunde

Aufwendungen für eine Behandlung mit autologen Thrombozytenkonzentraten wie plättchenreiches Plasma (PRP) und plättchenreiches Fibrin (PRF) sind nur beihilfefähig 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

Aufwendungen für eine Behandlung mit autologen Serumaugentropfen aus Eigenblut als Tränenersatzstoff sind nur beihilfefähig bei einer trockenen Glandulae tarsales (Meibom-Drüsen-Dysfunktion, Sicca-Syndrom, Keratokonjunktivitis sicca etc.).“

bb) Die bisherigen Nummern 8 bis 12 werden die Nummern 9 bis 13.

52. In Anlage 2 werden in der Überschrift die Wörter „(zu § 6 Absatz 3 Satz 4)“ durch die Wörter „(zu § 6 Absatz 5 Satz 4)“ ersetzt.

53. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. Abweichend von Nummer 1 dürfen Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie bei Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, sowohl von Personen nach Nummer 1 als auch von Personen nach Nummer 2 erbracht werden.“

bb) Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5.

b) Abschnitt 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

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

bb) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.

54. Die Anlagen 4 bis 6 werden aufgehoben.

55. Anlage 9 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 1 wird wie folgt gefasst:

„Abschnitt 1

Leistungsverzeichnis

Vorbemerkungen: Wenn im Leistungsverzeichnis ein Richtwert angegeben ist, ist die jeweilige Therapie-
maßnahme einschließlich ihrer Vor- und Nachbereitung sowie ihrer Dokumentation innerhalb des durch
den Richtwert angegebenen Zeitrahmens durchzuführen. Der Richtwert darf nur aus medizinischen
Gründen unterschritten werden.

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

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Einzelinhalation b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	11,60 4,80 7,50
2	Radon-Inhalation a) im Stollen b) mittels Hauben	14,90 18,20
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, ein- mal je Behandlungsfall b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Per- son	16,50 63,50
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzel- behandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	27,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten	44,20
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	55,20
7	Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	12,50
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,70
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	33,40
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	19,20
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	12,90
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,00
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,60
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbau- trainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	52,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
	Bereich Massagen	
18	Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,30
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	21,50
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	31,70
Bereich Palliativversorgung		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten	13,60
23	Warmpackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Teilpackung	36,20
	c) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
26	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10
27	Sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	Guss	
	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30	An- oder absteigendes Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe)	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)	26,40

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30
	b) Vollbad	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90
	b) Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinische Bäder mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
37	Gashaltige Bäder	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,10
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.	
	Bereich Kälte- und Wärmebehandlung	
39	Kältetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten	12,90
40	Wärmetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mittels Heißluft, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80
	Bereich Elektrotherapie	
42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	17,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00
Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel der Leistungs- erbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erst- diagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 60 Minuten	111,20
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalender- jahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfs- diagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 30 Minuten	55,60
49	Bericht an die verordnende Person	6,20
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	49,40
	b) Richtwert: 45 Minuten	68,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	86,50
52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teil- nehmerin oder Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Bereich Ergotherapie		
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungs- planung, einmal je Behandlungsfall	41,80
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	45,20
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	60,90
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	76,20

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
55	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	135,60
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40
56	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	35,90
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	48,70
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	60,30
57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	16,50
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	39,30
58	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,10
59	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten	152,40
60	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	39,40
61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40
Bereich Podologie		
62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20
64	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
65	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer Richtwert: 20 Minuten	21,90
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	96,40
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	52,80
69	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	48,30
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
72	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
73	Behandlungsabschluss, ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
	Bereich Ernährungstherapie	
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 30 Minuten	38,70
75	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 60 Minuten	77,40
76	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
77	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
78	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
80	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
81	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
82	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20
	Bereich Sonstiges	
83	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	22,40
84	Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal	14,70

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
85	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Leistungen nach Nummer 55 Buchstabe a bis c, Nummer 59 oder Nummer 80 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nummern 83 und 84 sind daneben nicht beihilfefähig.	22,40
86	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40“.

- b) Dem Abschnitt 2 Nummer 1 Buchstabe d wird folgender Doppelbuchstabe dd angefügt:
„dd) Knorpelschaden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage),“.
- c) Der Überschrift des Abschnitts 3 werden ein Komma und die Wörter „Medizinische Trainingstherapie“ angefügt.
56. In Anlage 10 Nummer 2 werden die Wörter „Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ durch die Wörter „Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ersetzt.
57. Anlage 11 wird wie folgt geändert:
- a) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 1.6 wird aufgehoben.
- bb) Nach Nummer 2.13 wird folgende Nummer 2.14 eingefügt:
„2.14 Blutdruckmessgerät“.
- cc) Die bisherigen Nummern 2.14 bis 2.18 werden die Nummern 2.15 bis 2.19.
- dd) In Nummer 3.3 werden die Wörter „(bei dysarthrischen Sprechstörungen)“ durch die Wörter „bei Sprech- oder Sprachstörungen“ ersetzt.
- ee) In Nummer 5.4 wird das Wort „Elektroscooter“ durch das Wort „Elektromobil“ ersetzt.
- ff) Der Nummer 6.1 wird folgende Nummer 6.1 vorangestellt:
„6.1 Farberkennungsgerät“.
- gg) Die bisherigen Nummern 6.1 bis 6.6 werden die Nummern 6.2 bis 6.7.
- hh) In Nummer 7.6 werden die Wörter „Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus“ durch die Wörter „Personen mit einer behandlungsbedürftigen Stoffwechselerkrankung wie einem behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus“ ersetzt.
- ii) In Nummer 7.11 werden nach dem Wort „Gummihose“ die Wörter „sowie saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen)“ eingefügt.
- jj) In Nummer 8.8 wird das Wort „Taubheit“ durch das Wort „Gehörlosigkeit“ ersetzt.
- kk) In Nummer 11.21 werden nach dem Wort „Krankenfahrstuhl“ die Wörter „(auch elektrisch)“ eingefügt.
- ll) Nach Nummer 19.1 wird folgende Nummer 19.2 eingefügt:
„19.2 Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist ausgeschlossen)“.
- mm) Die bisherigen Nummern 19.2 bis 19.25 werden die Nummern 19.3 bis 19.26.
- nn) In Nummer 22.2 wird das Wort „Taubheit“ durch das Wort „Gehörlosigkeit“ ersetzt.
- b) Abschnitt 3 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt geändert:
- aa) In Doppelbuchstabe aa wird die Angabe „63,50 Euro“ durch die Angabe „85 Euro“ ersetzt.
- bb) In Doppelbuchstabe bb wird die Angabe „50,48 Euro“ durch die Angabe „68 Euro“ ersetzt.
- cc) In Doppelbuchstabe cc wird nach dem Wort „Beförderungsmittels“ das Komma durch einen Punkt ersetzt.
- dd) Doppelbuchstabe dd wird aufgehoben.
- c) Abschnitt 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Unterabschnitt 2 Nummer 3 Buchstabe j und l wird jeweils die Angabe „Nummer 5“ durch die Angabe „Nummer 4“ ersetzt.

- bb) Unterabschnitt 3 wird wie folgt geändert:
- aaa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:
- „3. Beihilfefähig sind
- a) bei Vorliegen einer Indikation nach Nummer 1 zusätzlich Aufwendungen für Brillengläser nach Unterabschnitt 2 ungeachtet von Unterabschnitt 1 Nummer 2,
- b) bei Nichtvorliegen einer Indikation nach Nummer 1 einmalig nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser; im Falle einer Ersatzbeschaffung gelten die Regelungen nach Unterabschnitt 1 Nummer 2 Buchstabe a und b.“
- bbb) Nummer 4 Buchstabe d bis f wird durch die folgenden Buchstaben d bis g ersetzt:
- „d) multifokale Kontaktlinsen oder Mehrstärkenkontaktlinsen,
- e) Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern,
- f) orthokeratologische Kontaktlinsen (Nachtlinsen) zur Korrektur von Fehlsichtigkeit im Schlaf,
- g) Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.“
58. Anlage 12 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 6 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 3“ ersetzt.
- b) Satz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 2.13 wird aufgehoben.
- bb) Nummer 5.11 wird aufgehoben.
- cc) Nummer 11.8 wird wie folgt gefasst:
- „11.8 Krankenunterlagen (saugende Bettschutzeinlagen), es sei denn,
- a) sie sind zur Sicherung der Behandlung einer Krankheit bei Harn- oder Stuhlinkontinenz erforderlich oder
- b) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht.“
59. Anlage 14 erhält die aus dem Anhang 1 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.
60. Anlage 14a wird aufgehoben.
61. Anlage 15 erhält die aus dem Anhang 2 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Weitere Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Die Bundesbeihilfeverordnung, die zuletzt durch Artikel 1 dieser Verordnung geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- In § 8 Absatz 4 Satz 4 Nummer 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „oder Leistungen nach Kapitel 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes“ eingefügt.
- In § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „oder Leistungsansprüche nach Kapitel 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes“ eingefügt.
- § 38a Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch nach den §§ 74 bis 76 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 17 Absatz 1 des Soldatenentschädigungsgesetzes besteht.“
- § 39 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - In den Sätzen 1 und 4 werden jeweils die Wörter „der Antragstellung“ durch die Wörter „dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen“ ersetzt.
 - Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:

„4. die unter § 2 Absatz 2 des Einkommenssteuergesetzes fallenden Einkünfte der beihilfeberechtigten Person aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit und“.
 - Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.
 - In Satz 5 wird das Wort „Antragstellung“ durch die Wörter „dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen“ ersetzt.
- In § 47 Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch“ die Wörter „oder Ausgleiche für gesundheitliche Schädigungsfolgen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz“ eingefügt.

Artikel 3

Weitere Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Die Bundesbeihilfeverordnung, die zuletzt durch Artikel 2 dieser Verordnung geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 38c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 39“ durch die Wörter „den §§ 39 und 42a“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 und 4 wird jeweils die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt.

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

3. Dem § 58 wird folgender Absatz 7 angefügt:

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

Artikel 4

Änderung der Heilverfahrensverordnung

Die Heilverfahrensverordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2349), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 4. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 179) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „§ 23 Absatz 2 Satz 1“ durch die Wörter „§ 23 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

2. In § 9 Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „ohne Abzug von Eigenbehalten“ gestrichen.

3. In § 11 Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „pro Stunde bis zur Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro,“ durch die Wörter „entsprechend § 28 Absatz 1 Satz 1 der Bundesbeihilfeverordnung“ ersetzt.

Artikel 5

Inkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. April 2024 in Kraft.

(2) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2025 in Kraft.

(3) Artikel 3 tritt am 1. Juli 2025 in Kraft.

Berlin, den 6. März 2024

Die Bundesministerin
des Innern und für Heimat
Nancy Faeser

Anhang 1 (zu Artikel 1 Nummer 59)**Anlage 14**
(zu § 41 Absatz 3)**Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten
familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko****Abschnitt 1****Universitäre Zentren**

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

1. Berlin
Charité – Universitätszentrum Berlin, Brustzentrum
2. Dresden
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3. Düsseldorf
Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum
4. Erlangen
Universitätsklinikum Erlangen
Familiäres Brust- und Eierstockkrebszentrum
5. Frankfurt
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
6. Freiburg
Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Freiburg
7. Göttingen
Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
8. Greifswald
Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Greifswald
9. Halle
Universitätsklinikum Halle, Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
10. Hamburg
Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
11. Hannover
Institut für Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover
12. Heidelberg
Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg
13. Kiel
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
14. Köln
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
15. Leipzig
Institut für Humangenetik der Universität Leipzig
Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs
16. Lübeck
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

17. Mainz

Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsmedizin Mainz, Institut für Humangenetik und Klinik für Frauengesundheit

18. München

Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München-Großhadern
Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar

19. Münster

Institut für Humangenetik der Universität Münster

20. Regensburg

Institut für Humangenetik, Universität Regensburg

21. Tübingen

Universität Tübingen, Institut für Humangenetik

22. Ulm

Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm

23. Würzburg

Institut für Humangenetik der Universität Würzburg.

Abschnitt 2

Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogrammes

Beihilfefähig sind Aufwendungen für die Maßnahmen des Früherkennungsprogrammes 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 dieser Anlage 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, oder
- 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 bioinformatische Auswertung bei Vorliegen von Daten aus einer Komplementär-diagnostik.

Aufwendungen nach Nummer 2 Buchstabe a bis c sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

3. Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen

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

Anhang 2 (zu Artikel 1 Nummer 61)**Anlage 15**
(zu § 41 Absatz 4)**Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten
familiären Darmkrebsrisiko****Abschnitt 1****Universitäre Zentren**

Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko nach § 41 Absatz 4 sind beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der folgenden im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs (Hereditäres Nicht-Polypöses Colorektales Carcinom – HNPCC) zusammengeschlossenen universitären Zentren durchgeführt werden:

1. Berlin
Gastroenterologie, Rheumatologie und Infektiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte
2. Bochum
Medizinische Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Knappschafts-Krankenhaus
3. Bonn
Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Bonn, Biomedizinisches Zentrum
4. Dresden
Institut für Klinische Genetik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, Abteilung Chirurgische Forschung
5. Düsseldorf
Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Düsseldorf
6. Halle (Saale)
Universitätsklinikum Halle (Saale)
7. Hamburg
II. Medizinische Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg
8. Hannover
Institut für Humangenetik der Medizinischen Hochschule Hannover
9. Heidelberg
Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg, Abteilung für Angewandte Tumorbilogie
10. Leipzig
Klinik und Poliklinik für Onkologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Pneumologie und Infektiologie des Universitätsklinikums Leipzig
11. Lübeck
Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
12. Magdeburg
Medizinische Fakultät der Universitätsklinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
13. München
Medizinische Klinik und Poliklinik IV der Ludwig-Maximilians-Universität München, Campus Innenstadt
Medizinisch-Genetisches Zentrum
14. Münster
Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Münster
15. Tübingen
Institut für Medizinische Genetik und angewandte Genomik des Universitätsklinikums Tübingen
16. Ulm
Klinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Ulm.

Abschnitt 2

Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogrammes

Beihilfefähig sind Aufwendungen für die Maßnahmen des Früherkennungsprogrammes 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) 3 500 Euro für eine genetische Analyse zur Mutationssuche auf eine bis dahin in der Familie nicht identifizierte Keimbahnmutation bei einer an Darmkrebs erkrankten Person (Indexfall) oder bei Vorliegen der Voraussetzungen bei einer ratsuchenden Person (Verdachtsfall), wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen,
- b) 350 Euro für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation.

4. Früherkennungsmaßnahmen

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