



Bundesgesetzblatt

Teil I

2025

Ausgegeben zu Bonn am 20. Oktober 2025

Nr. 240

Elfte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Vom 14. Oktober 2025

Das Bundesministerium des Innern verordnet aufgrund

- des § 80 Absatz 6 des Bundesbeamtengesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 72) geändert worden ist, in Verbindung mit § 1 Absatz 2 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165), das durch Artikel 7 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, und dem Organisationserlass vom 6. Mai 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 131) im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit und
- des § 33 Absatz 5 des Beamtenversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. Februar 2010 (BGBl. I S. 150), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 27. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 72) geändert worden ist, in Verbindung mit § 1 Absatz 2 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165), das durch Artikel 7 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, und dem Organisationserlass vom 6. Mai 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 131) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen:

Artikel 1

Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Die Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), die zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 6. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 92) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 24 durch die folgende Angabe ersetzt:
„§ 24 Komplextherapie, besondere Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen“.
2. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 8 wird die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.
 - b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In den Sätzen 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 wird die Angabe „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministeriums des Innern“ ersetzt.
 - cc) In Satz 5 wird die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.
 - c) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministeriums des Innern“ ersetzt.

3. § 10 Absatz 2 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:
„1. das Konto der Beihilfezahlungen der oder des Verstorbenen,“.
4. § 12 Satz 3 wird gestrichen.
5. § 14 Satz 2 bis 4 wird durch folgenden Satz ersetzt:
„Die Kosten eines Heil- und Kostenplanes gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen.“
6. Die §§ 15 und 15a werden durch die folgenden §§ 15 und 15a ersetzt:

„§ 15

Implantologische Leistungen

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

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

(2) Liegt keiner der in Absatz 1 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte zu 50 Prozent beihilfefähig.

§ 15a

Kieferorthopädische Leistungen

(1) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

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

(2) Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung Erwachsener sind beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten einzuholen, das bestätigt, dass

1. die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können,
2. keine Behandlungsalternative vorhanden ist,
3. erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion.

(3) Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes sind beihilfefähig.

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

1. Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
2. Beseitigung von Habits bei einem habituellen offenen oder seitlichen Biss bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
3. Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigen Milchzahnverlustes,
4. Frühbehandlung
 - a) eines Distalbisses bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
 - b) eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses bei transversaler Abweichung mit einseitigem oder beidseitigem Kreuzbiss, der durch präventive Maßnahmen nicht zu korrigieren ist,

- c) einer Bukkalokklusion, Nonokklusion oder Lingualokklusion permanenter Zähne bei transversaler Abweichung,
 - d) eines progenen Zwangsbisses oder frontalen Kreuzbisses bei mesial sagittaler Stufe,
 - e) bei Platzmangel zum Schaffen von Zahnlücken von mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern oder zum Vergrößern von Zahnlücken um mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern,
5. früher Behandlung
- a) einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien,
 - b) eines skelettal offenen Bisses bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
 - c) einer Progenie bei mesial sagittaler Stufe,
 - d) verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

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

7. § 15b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Angabe „(1)“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird gestrichen.

8. § 16 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Absatz 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den §§ 14 bis 15b entstanden sind, sind zu 80 Prozent beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Indikationen nach § 15 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 und für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder deren kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.“

9. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Aufwendungen für die folgenden psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7 sowie der §§ 18a bis 21 beihilfefähig, sofern die Leistungen durch in Anlage 3 genannte Personen erbracht werden:

- 1. Psychotherapeutische Sprechstunde,
- 2. Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung,
- 3. Probatorische Sitzungen,
- 4. Psychotherapeutische Akutbehandlung,
- 5. Psychotherapie in den Behandlungsformen der psychoanalytisch begründeten Verfahren, der Verhaltenstherapie, der Systemischen Therapie sowie
- 6. Psychosomatische Grundversorgung.

(2) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Sprechstunde als Einzeltherapie sind je Krankheitsfall für bis zu sechs Sitzungen 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 zehn Sitzungen je Krankheitsfall als Einzeltherapie beihilfefähig.“

- b) Die bisherigen Absätze 2 bis 5 werden zu den Absätzen 3 bis 6.

- c) Der bisherige Absatz 6 wird zu Absatz 7 und in Nummer 1 wird die Angabe „§ 18 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 18 Absatz 5“ ersetzt.

10. § 18a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten nach den Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 3 erbracht werden.“

- b) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

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

11. Nach § 19 Absatz 4 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Satz 2 gilt nicht für Menschen mit einer geistigen Behinderung.“

12. § 20a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Angabe „für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:
„(2) § 19 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 3 gilt entsprechend.“

13. § 22 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:
„6. hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung,“.
- b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Satz 1 Nummer 6 gilt nicht
 - 1. bei Personen unter 22 Jahren,
 - 2. wenn diese Mittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden oder
 - 3. für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva ohne Altersbeschränkung, soweit sie ärztlich verordnet wurden und Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen.“

14. § 23 Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Aufwendungen für Ergotherapie und für Stoffe, die bei der Anwendung der Ergotherapie verbraucht werden, sind nach Maßgabe der Anlagen 9 und 10 auch beihilfefähig, wenn die Ergotherapie durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten verordnet wird, die oder der die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllt.“

15. § 24 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 24

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

- b) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Aufwendungen für folgende Behandlungen sind beihilfefähig bis zu der Höhe der Vergütung, die das jeweilige Zentrum mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat:

- 1. die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt wurden, und
- 2. die ambulante Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung in medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung, die zu einer solchen Behandlung nach § 119c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt wurden.

Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für Leistungen, die als besondere Versorgung erbracht werden, sind beihilfefähig bis zur Höhe der Vergütungen, die in Verträgen vereinbart wurden

- 1. zwischen den Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfeträgern oder
- 2. über eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

16. § 25 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „Anlage 11“ die Angabe „unter der jeweiligen Hilfsmittelgruppe“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:
„(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - 1. Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die
 - a) einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
 - b) einen niedrigen Abgabepreis haben,
 - c) der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
 - d) in Anlage 12 genannt sind,

2. Versicherungen in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 mit Ausnahme von Pflichtversicherungen für Blindenführhunde und
3. gesondert ausgewiesene Versandkosten.“
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 wird die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.
 - bb) In Satz 4 wird die Angabe „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministeriums des Innern“ ersetzt.
17. In § 26 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b wird die Angabe „1,2 Prozent“ durch die Angabe „1,3 Prozent“ ersetzt.
18. § 26a Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Buchstabe a wird die Angabe „300 Euro“ durch die Angabe „370 Euro“ ersetzt.
 - bb) In Buchstabe c wird die Angabe „von 300 Euro“ durch die Angabe „in Höhe von 370 Euro“ ersetzt.
 - b) In Nummer 3 wird die Angabe „1,2 Prozent“ durch die Angabe „1,3 Prozent“ ersetzt.
19. § 26b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 und 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen der Übergangspflege sind für längstens zehn Tage im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung beihilfefähig.“
20. § 27 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe f bis h wird durch die folgenden Buchstaben f und g ersetzt:
 - „f) die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllt,
 - g) die Fachärztin mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder der Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.“
21. In § 27a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 wird die Angabe „Bedarfes“ durch die Angabe „Bedarfs“ ersetzt.
22. § 30a Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Satz 1 gilt auch bei Behandlungen, die durchgeführt werden von

 1. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, die aufgrund einer Weiterbildung im Gebiet der neuropsychologischen Psychotherapie die Voraussetzung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, oder
 2. folgenden Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, wenn diese über eine neuropsychologische Qualifikation verfügen:
 - a) ärztlichen Psychotherapeutinnen oder ärztlichen Psychotherapeuten,
 - b) psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.“
23. In § 31 Absatz 5 Satz 4 wird die Angabe „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministeriums des Innern“ ersetzt.
24. In § 33 Satz 3 wird die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.
25. § 34 Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Aufwendungen für ärztlich verordnete oder durch ein Krankenhaus unter ärztlicher Verantwortung veranlasste Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 oder § 111c Absatz 1 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, sind beihilfefähig.“
26. § 35 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 Nummer 4 wird die Angabe „§ 2 Abs. 1 Nr. 1“ durch die Angabe „§ 2 Absatz 1 Nummer 1“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 wird die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.
27. § 36 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der ärztlichen Bescheinigung steht bei Diagnosen aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie nach den §§ 19 bis 21 und 30a die Bescheinigung durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten, die oder der die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllt, gleich.“
 - b) In Satz 5 wird die Angabe „vier Monaten“ durch die Angabe „sechs Monaten“ ersetzt.

28. In § 37 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministeriums des Innern“ ersetzt.
29. § 38a Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:
- „1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr und“.
30. § 38b Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:
- „1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr und“.
31. § 40 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird jeweils die Angabe „Abs.“ durch die Angabe „Absatz“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministeriums des Innern“ ersetzt.
32. § 41 wird wie folgt geändert:
- a) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:
- „(3) Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen beihilfefähig, wenn
1. die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis dritten Grades beruht und
 2. die Maßnahmen in einem im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentrum durchgeführt werden, das auf der Internetseite des Konsortiums gelistet ist.
- Aufwendungen nach Satz 1 sind bis zur Höhe der Vergütungen, die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. in einer Vereinbarung getroffen wurden, für folgende Maßnahmen beihilfefähig:
1. Risikofeststellung, Aufklärung und Beratung,
 2. genetische Untersuchung,
 3. intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen.
- Die Höhe der Vergütungen, die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. in einer Vereinbarung getroffen wurden, wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern bekanntgegeben.
- (4) Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen beihilfefähig, wenn
1. die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis zweiten Grades beruht und
 2. die Maßnahmen in einem im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentrum durchgeführt werden, das auf der Internetseite des Konsortiums gelistet ist.
- Aufwendungen nach Satz 1 sind bis zur Höhe der Vergütungen, die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. in einer Vereinbarung getroffen wurden, für folgende Maßnahmen beihilfefähig:
1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
 2. Tumorgewebsdiagnostik,
 3. Genanalyse zur Identifizierung einer Keimbahn-Mutation,
 4. Früherkennungs-Maßnahmen.
- Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.“
- b) In Absatz 6 wird die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.
33. § 43a Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, die Mittel sind nach ärztlicher Bestätigung notwendig
1. zur Behandlung einer Krankheit oder
 2. als Notfallkontrazeptiva ohne Altersbeschränkung, wenn Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen.“
34. § 45a Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Das Bundesministerium des Innern gibt die beihilfefähigen Pauschalen für Aufwendungen im Zusammenhang mit Organtransplantationen durch Rundschreiben bekannt.“
35. In § 45b Absatz 2 wird die Angabe „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministeriums des Innern“ ersetzt.

36. § 47 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 14 Abs. 4 Satz 2 und 3“ durch die Angabe „§ 14 Absatz 4 Satz 2 und 3“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.
- c) Absatz 4 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.“
- d) In Absatz 6 wird die Angabe „§ 36 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 36 Absatz 3“ ersetzt.
- e) In Absatz 9 Satz 1 wird die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.

37. § 49 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 6 wird die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.
- b) In Nummer 9 wird die Angabe „musste.“ durch die Angabe „musste,“ ersetzt.
- c) Nach Nummer 9 wird die folgende Nummer 10 eingefügt:
„10. vollstationäre Krankenhausleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 2, wenn die beihilfeberechtigte Person von der Möglichkeit des § 51a Absatz 3 Gebrauch macht.“

38. § 50 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Die beihilfeberechtigte Person hat das Einkommen nach § 39 Absatz 3 nachzuweisen und auf Verlangen der Festsetzungsstelle die anrechenbaren Eigenbehalte sowie die Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu belegen.“
- b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:
„(3) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe, der Sozialen Entschädigung oder der Soldatenentschädigung getragen, ist für die Berechnung der Belastungsgrenze derjenige Regelsatz anzuwenden, der nach Maßgabe des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetzes vom 9. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2855), das durch Artikel 12 Absatz 13 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung zu ermitteln ist.“

39. § 54 Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Sozialen Entschädigung oder der Soldatenentschädigung vorgeleistet, so beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Sozialen Entschädigung oder der Soldatenentschädigung die Aufwendungen bezahlt hat.“

40. Nach § 58 Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt:

„(8) Für Aufwendungen einer implantologischen Behandlung nach § 15 sowie einer kieferorthopädischen Behandlung nach § 15a Absatz 2, die vor dem 1. Januar 2026 begonnen wurde und fortgeführt wird, gelten die Vorschriften in der bis zu diesem Tag geltenden Fassung weiter. Als Behandlungsbeginn gilt das Datum der erstmaligen Erbringung einer Leistung aus den Abschnitten G oder K der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte.“

41. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

- a) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Nummer 18.2 wird die folgende Nummer 18.3 eingefügt:
„18.3 Rimkus-Methode“.
 - bb) Die bisherige Nummer 18.3 wird zu Nummer 18.4.
- b) Abschnitt 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:
„2. Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung von
 - a) Tendinosis calcarea,
 - b) Pseudarthrose,
 - c) Fasciitis plantaris,

- d) therapierefraktärer Epicondylitis humeri radialis,
 - e) therapierefraktärer Achillodynie oder
 - f) therapierefraktärer Bursitis trochanterica.“
- bb) Nummer 10 wird durch die folgende Nummer 10 ersetzt:
- „10. Radiale extrakorporale Stoßwellentherapie (r-ESWT)
- Aufwendungen sind nur beihilfefähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung von
- a) Fasciitis plantaris,
 - b) therapierefraktärer Epicondylitis humeri radialis,
 - c) therapierefraktärer Achillodynie oder
 - d) therapierefraktärer Bursitis trochanterica.“
- cc) Nummer 13 wird durch die folgende Nummer 13 ersetzt:
- „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 bis zu 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 rein visusverbessernde Maßnahmen sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle den Maßnahmen vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt hat.“
42. Anlage 3 wird wie folgt geändert:
- a) Der Abschnitt 3 wird durch folgenden Abschnitt 3 ersetzt:

„Abschnitt 3

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

1. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
 - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie,
 - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie.
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, die die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie,
 - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 4 Absatz 2 der auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten Psychotherapie-Vereinbarung vom 1. Januar 2025 erfüllt,

- c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie.
- 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 in Nummer 1 genannten Personen als auch von in Nummer 2 genannten Personen 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 Jugendpsychiatrie 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 Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 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 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 Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten vorgelegt wird und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat.“
- b) Abschnitt 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 1 Buchstabe a und b wird durch die folgenden Buchstaben a und b ersetzt:
 - „a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie,
 - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie.“
 - bb) Nummer 2 Buchstabe a bis c wird durch die folgenden Buchstaben a bis c ersetzt:
 - „a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie,
 - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 4 Absatz 2 der auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten Psychotherapie-Vereinbarung vom 1. Januar 2025 erfüllt,
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie.“
 - cc) Nummer 3 wird durch folgende Nummer 3 ersetzt:
 - „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 in Nummer 1 genannten Personen als auch von in Nummer 2 genannten Personen erbracht werden.“
 - dd) Nummer 4 Satz 1 Buchstabe c wird durch den folgenden Buchstaben c ersetzt:
 - „c) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder“.
- c) Die Abschnitte 5 und 6 werden durch die folgenden Abschnitte 5 und 6 ersetzt:

„Abschnitt 5

Systemische Therapie

- 1. Leistungen der Systemischen Therapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
 - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie,

- b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie,
 - c) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach den Abschnitten 3 oder 4 und einer Zusatzqualifikation auf dem Gebiet der Systemischen Therapie, die die Anforderungen des § 4 Absatz 5 der auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten Psychotherapie-Vereinbarung vom 1. Januar 2025 erfüllt.
2. Leistungen der Systemischen Therapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie,
 - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und einer vertieften Ausbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie,
 - c) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach den Abschnitten 3 oder 4 und einer Zusatzqualifikation auf dem Gebiet der Systemischen Therapie, die die Anforderungen des § 4 Absatz 5 der auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten Psychotherapie-Vereinbarung vom 1. Januar 2025 erfüllt.
3. Abweichend von Nummer 1 dürfen Leistungen der Systemischen Therapie bei Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, sowohl von in Nummer 1 genannten Personen als auch von in Nummer 2 genannten Personen 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) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - c) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - d) 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 Personen erbracht werden, die
- a) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung erworben haben,
 - b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und
 - c) über eine der folgenden Qualifikationen verfügen:
 - aa) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllen, mit einer Weiterbildung in einem Verfahren nach den Abschnitten 3, 4 oder 5,
 - bb) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach den Abschnitten 3, 4 oder 5.
2. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, so muss diese Person
- a) die Voraussetzungen nach den Abschnitten 3, 4 oder 5 erfüllen und
 - b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.“

43. Anlage 9 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 1 wird durch den folgenden Abschnitt 1 ersetzt:

„Abschnitt 1

Leistungsverzeichnis

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

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

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	12,10
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
	b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	66,10
	c) physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	35,80
	d) Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	26,80
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	29,00
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten	46,00
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	57,40
7	Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	13,00
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	16,20

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	86,80
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	33,10
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	23,60
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	34,80
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,00
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,40
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,30
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	32,10
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	23,50
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,90
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	115,30
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	54,50
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (beispielsweise Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
	Bereich Massagen	
18	Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	21,10

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	25,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	35,10
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	52,70
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	70,20
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (beispielsweise Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließ- polsterbinden) sind daneben beihilfefähig	22,40
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	33,00
	Bereich Palliativversorgung	
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
	Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten	13,60
23	Warmpackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (beispielsweise Fango- Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,80
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Natur- fango, 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, Natur- fango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (beispielsweise 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, Peloidkompressen	12,10
27	Sonstige Packungen (beispielsweise 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

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
30	An- oder absteigendes Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) an- oder absteigendes Teilbad (beispielsweise nach Hauße)	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30
	b) Vollbad	54,10
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90
	b) Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-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 (beispielsweise Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,10
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in 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	14,30

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Elektrotherapie		
42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,30
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	18,30
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (beispielsweise Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00
Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 60 Minuten	117,30
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 30 Minuten	58,70
49	Bericht an die verordnende Person	6,60
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	117,30
51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	52,20
	b) Richtwert: 45 Minuten	71,70
	c) Richtwert: 60 Minuten	91,30
52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	64,50
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	117,30
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	58,70
Bereich Ergotherapie		
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	47,70
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	57,00

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	76,00
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	94,90
55	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	151,90
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40
56	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	45,60
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	60,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	76,00
57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	20,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	26,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	46,50
58	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	57,00
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	45,60
61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	26,60
	Bereich Podologie	
62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	36,10
63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	52,00
64	Podologische Befundung, je Behandlung	3,60

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
65	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	28,70
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	57,60
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	23,20
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	17,40
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, beispielsweise nach Ross Fraser	101,70
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, beispielsweise nach Ross Fraser	55,70
69	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, beispielsweise nach Ross Fraser	51,00
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	99,90
71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	55,20
72	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	17,70
73	Behandlungsabschluss, ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	26,60
73.1	Nagelspangenbehandlung, zweimal je Behandlungstag Aufwendungen für Leistungen der Nummern 67 bis 71 sind daneben nicht beihilfefähig.	57,20
73.2	Aufschlag für besonderen Aufwand bei der Behandlung von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres oder von Personen mit Unguis incarnatus in den Stadien 2 bis 3 (Diagnosegruppe UI2), zweimal je Behandlungstag Aufwendungen für Leistungen der Nummern 67 bis 71 sind daneben nicht beihilfefähig.	17,40
Bereich Ernährungstherapie		
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	40,90
75	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	81,70
76	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	66,90
77	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	66,90
78	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	40,90
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	81,70
80	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	81,70
81	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	28,60
82	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	57,20

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
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.	27,60
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	18,00
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.	27,60
86	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40
87	Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	98,60“.

- b) In Abschnitt 2 Nummer 1 Buchstabe d in der Angabe vor Doppelbuchstabe aa wird die Angabe „Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei“ durch die Angabe „Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten, bei“ ersetzt.

44. Anlage 11 wird wie folgt geändert:

- a) Abschnitt 1 wird durch den folgenden Abschnitt 1 ersetzt:

„Abschnitt 1

Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

Die Aufwendungen für die Anschaffung von Hilfsmitteln, Geräten und Körperersatzstücken, die unter den Hilfsmittelgruppen der Nummern 1 bis 31 aufgeführt sind, sind – gegebenenfalls im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet werden:

1. Absauggeräte

- 1.1 Ballspritze
- 1.2 Gerät zum Entfernen von Körperflüssigkeiten oder Fremdstoffen mittels Erzeugung von Unterdruck, einschließlich Zubehör
- 1.3 Katheder, auch Ballonkatheder, einschließlich Zubehör
- 1.4 Milchpumpe

2. Adaptionshilfen

- 2.1 Anzieh- und Ausziehhilfe
- 2.2 Helfende Hand, Scherenzange
- 2.3 Hilfsmittel zur Unterstützung von Verrichtungen im Alltag zur Bewahrung der Selbstständigkeit
- 2.4 Schreibhilfsmittel (beispielweise Kopfring mit Stab, Kopfschreiber)
- 2.5 Lesehilfe (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
- 2.6 Mundstab und Mundgreifstab

3. Apparate zur elektronischen Nerven- oder Muskelstimulation

- 3.1 Defibrillatorweste
- 3.2 Elektrostimulationsgerät
- 3.3 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
- 3.4 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose oder verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
- 3.5 Schwellstromapparat

4. Applikationshilfen

- 4.1 Ernährungssonde
- 4.2 Glasstäbchen
- 4.3 GnRH-Pumpe im Rahmen der Kinderwunschbehandlung

- 4.4 Infusionsbesteck oder -gerät und Zubehör
- 4.5 Kanülen und Zubehör
- 4.6 Klyso
- 4.7 Spritze
- 5. Bade- und Duschhilfen**
 - 5.1 Auftriebshilfe (bei bestehender Schwerbehinderung)
 - 5.2 Badestrumpf, Duschstrumpf
 - 5.3 Badewannensitz (bei bestehender Schwerbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr oder Polyarthritits)
 - 5.4 Badewannenverkürzer
 - 5.5 Duschsitz, Duschstuhl
- 6. Bandagen**
 - 6.1 Armtragegurt, Armtragetuch
 - 6.2 Beugebandage
 - 6.3 Bruchband
 - 6.4 Clavicula-Bandage
 - 6.5 Ellenbogenbandage
 - 6.6 Epicondylitisbandage oder -spange mit Pelotten
 - 6.7 Gilchrist-Bandage
 - 6.8 Handgelenk-Bandage
 - 6.9 Handgelenkriemen
 - 6.10 Kniekappe, Kniebandage, Kreuzgelenkbandage
 - 6.11 Knöchelstütze, Gelenkstütze
 - 6.12 Kreuzstützbandage
 - 6.13 Leibbinde, jedoch keine Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinde
 - 6.14 Lumbalbandage
 - 6.15 Mangoldsche Schnürrbandage
 - 6.16 Narbenbandage
 - 6.17 Spreizfußbandage
 - 6.18 Sprunggelenkbandage
 - 6.19 Sprunggelenkmanschette
- 7. Blindenhilfsmittel**
 - 7.1 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschallleitgerät)
 - 7.2 Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Leine, Halsband, Maulkorb, Gespannprüfung)
 - 7.3 Blindenstock, Blindenlangstock, Blindentaststock
 - 7.4 Farberkennungsgerät
 - 7.5 Irisschale mit geschwärzter Pupille bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut eines blinden Auges
 - 7.6 Schutzbrille für Blinde
- 8. Gehhilfen**
 - 8.1 Delta-Gehrad
 - 8.2 Gehhilfe, Gehübungsgerät
 - 8.3 Krankenstock
 - 8.4 Krücke
 - 8.5 Rollator
 - 8.6 Wasserfeste Gehhilfe
- 9. Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie**
 - 9.1 Aquamat (Spezialkanüle für Kehlkopflose)
 - 9.2 Billroth-Batist-Lätzchen
 - 9.3 Phonator
 - 9.4 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät

10. Hilfsmittel für die Anwendung am Auge

- 10.1 Augenbadewanne, -dusche, -spülglas, -flasche, -pinsel, -pipette, -stäbchen
- 10.2 Augenklappe, Augenabdeckpflaster

11. Hilfsmittel zum Glukosemanagement

- 11.1 Blutzuckermessgerät
- 11.2 Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung (Continuous Glucose Monitoring – CGM, Flash Glucose Monitoring – FGM) einschließlich Sensoren bei Personen mit Diabetes mellitus sowie bei anderen Erkrankungen mit implizierten häufigen Hypoglykämien/Hypoglykämiewahrnehmungsstörung; daneben sind Aufwendungen für übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Blutteststreifen beihilfefähig
- 11.3 Hochtonthherapiegerät
- 11.4 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
- 11.5 Lanzette zur Insulintherapie

12. Hilfsmittel zum Hautschutz

- 12.1 Manschette als Kratzschutz bei Hautekzem
- 12.2 Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (zwei pro Jahr und bis zu 80 Euro je Overall)

13. Hilfsmittel zur Behandlung von Hüftdysplasie bei Kindern

- 13.1 Pavlik-Bandage
- 13.2 Spreizhose, -schale, -wagenaufsatz

14. Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

- 14.1 Krampfaderrinde
- 14.2 Textiles Kompressionshilfsmittel (beispielsweise Kompressionsstrümpfe, -strumpfhose)
- 14.3 Wechseldruckgerät

15. Hörhilfen

- 15.1 Cochlea-Implantate einschließlich Zubehör
- 15.2 Gehörschutz
- 15.3 Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte] sowie 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
- 15.4 Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- 15.5 Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- 15.6 Tinnitusgerät
- 15.7 Übertragungsanlage – zur Befriedung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zusätzlich zu einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat oder wenn bei peripherer Normalhörigkeit aufgrund einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung eine pathologische Einschränkung des Sprachverstehens im Störschall besteht
- 15.8 Vibrationstrainer bei Gehörlosigkeit

16. Inhalations- und Atemtherapiegeräte

- 16.1 Atemtherapiegerät
- 16.2 Impulsvibrator
- 16.3 Inhalationsgerät, einschließlich Sauerstoff und Zubehör, jedoch keine Luftbefeuchter, -filter, -wäscher

17. Inkontinenzhilfen

- 17.1 Bettnässer-Weckgerät
- 17.2 Einmal-Schutzhose bei Querschnittsgelähmten
- 17.3 Gummihose sowie saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen) bei Blasen- oder Darminkontinenz

17.4 Penisklemme

17.5 Sphinkter-Stimulator

17.6 Urinal

18. Kranken- und Behindertenfahrzeuge

18.1 Elektromobil bis 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung

18.2 Krankenfahrstuhl (auch elektrisch) einschließlich Zubehör

19. Krankenpflegeartikel

19.1 Fingerling

19.2 Fixiersystem (beispielsweise für Krankenbett und Rollstuhl)

19.3 Krankenpflegebett

19.4 Kieferspreizgerät, Kiefermuskeltrainer

19.5 Mundsperrer

20. Lagerungshilfen und Hilfsmittel gegen Dekubitus

20.1 Abduktionskissen, -keil

20.2 Dekubitus-Schutzmittel (beispielsweise Auf- oder Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf- oder Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)

20.3 Gipsbett, Liegeschale

21. Messgeräte für Körperzustände und -funktionen

21.1 Alarmgerät für Personen mit Epilepsie

21.2 Blutdruckmessgerät

21.3 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichen Herzklappenersatz)

21.4 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät oder -monitor

21.5 Peak-Flow-Meter

22. Mobilitätshilfen

22.1 Auffahrrampe für einen Krankenfahrstuhl

22.2 Aufrichteschlaufe

22.3 Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig)

22.4 Aufstehgestelle

22.5 Behinderten-Dreirad

22.6 Drehscheibe, Umsetzhilfe

22.7 Hebekissen

22.8 Katapultsitz

22.9 Lifter (beispielsweise Krankenlifter, Multilift, Badhelfer, Krankenheber, Badewannenlifter)

22.10 Rollbrett

22.11 Rutschbrett

23. Orthesen und Schienen

23.1 Fingerschiene

23.2 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze

23.3 Klumpfußschiene

23.4 Klumphandschiene

23.5 Orthese, Orthoprothese, Korrekturschiene, Korsett, Haltemanschette

23.6 Peroneusschiene, Heidelberger Winkel

23.7 Quengelschiene

23.8 Suspensorium

23.9 Symphysengürtel

24. Prothesen

24.1 Kniepolster, -rutscher bei Unterschenkelamputation

24.2 Körperersatzstücke einschließlich Zubehör, abzüglich eines Eigenanteils von 15 Euro für Brustprothesenhalter und 40 Euro für Badeanzüge, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen

24.3 Stubbies

24.4 Stumpfstrumpf

25. Schuhe und Einlagen

25.1 Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse

25.2 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

25.3 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)

25.4 Gehgipsgalosse

25.5 Innenschuh, orthopädischer

25.6 Korrektursicherungsschuh

25.7 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro:

25.7.1 Badeschuhe (Erstausrüstung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach vier Jahren)

25.7.2 Hausschuhe (Erstausrüstung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren)

25.7.3 Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigenanteil von 64 Euro)

25.7.4 Sportschuhe (Erstausrüstung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren)

25.7.5 Straßenschuhe (Erstausrüstung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren)

25.8 Orthesenschuhe, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro

25.9 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (höchstens sechs Paar Schuhe pro Jahr)

25.10 Spezialschuhe für Personen mit Diabetes mellitus, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro

25.11 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehnenbeschäden oder Lähmungen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)

25.12 Verbandsschuhe (Einzelschuhversorgung)

26. Sitz- und Stehhilfen

26.1 Arthrodesensitzkissen, -sitzkoffer

26.2 Schrägliegebrett

26.3 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

26.4 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

26.5 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter

26.6 Therapiestuhl

27. Sprechhilfen

27.1 Lispelsonde

27.2 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

28. Stomaartikel

28.1 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

28.2 Urostomiebeutel

28.3 Vorfalbandage bei Mastdarm- oder Scheidenvorfall

29. Therapeutische Hilfsmittel zur Mobilisation

29.1 Bewegungsschiene

29.2 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebrāl-paretischen Kindern

29.3 Krabblerr für Personen mit Spastik

29.4 Spastikerhilfe (Gymnastik-, Übungsgeräte)

29.5 Stehübungsgerät

29.6 Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung)

30. Toilettenhilfen

30.1 Hilfsmittel zur Toilettenverrichtung bei Schwerbehinderung oder Personen mit Hüfttotalendoprothese

30.2 Klosett-Matratze für den häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz

31. Sonstige Hilfsmittel

- 31.1 Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (beispielweise Universalhalter bei Schwerbehinderung zur Erleichterung der Körperpflege und Nahrungsaufnahme)
- 31.2 Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
- 31.3 Communicator bei Sprech- oder Sprachstörungen
- 31.4 Computerspezialausstattung bei Behinderung; Spezialhardware und Spezialsoftware bis zu 3 500 Euro, gegebenenfalls zuzüglich bis zu 5 400 Euro für eine Braillezeile mit 40 Modulen
- 31.5 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese)
- 31.6 Heimdialysegerät
- 31.7 Psoriasiskamm
- 31.8 Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist ausgeschlossen)
- 31.9 Schutzhelm bei Behinderung, Kopfschützer“.

b) Abschnitt 4 wird wie folgt geändert:**aa) Unterabschnitt 1 wird wie folgt geändert:****aaa) Nummer 1 Satz 2 wird durch folgenden Satz ersetzt:**

„Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker.“

bbb) Nummer 3 Buchstabe a wird durch folgenden Buchstaben a ersetzt:

„a) Brillen,“.

ccc) Nummer 4 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach dem Unterabschnitt 2.“

bb) Unterabschnitt 2 wird durch den folgenden Unterabschnitt 2 ersetzt:

„Unterabschnitt 2

Brillen zur Verbesserung des Visus

1. Aufwendungen für Brillen, einschließlich der Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker, sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

- a) Brillen mit Einstärkengläsern 110 Euro,
- b) Brillen mit Mehrstärkengläsern 260 Euro.

2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:

- a) Zurichtungen an der Brille zur Verhinderung von Unfallschäden am Arbeitsplatz oder für den Freizeitbereich,
- b) Bildschirmbrillen,
- c) Brillenversicherungen,
- d) Zweitbrillen, deren Korrektionsstärke bereits der einer vorhandenen Brille entspricht (Mehrfachverordnung),
- e) Reservebrillen, die beispielsweise aus Gründen der Verkehrssicherheit benötigt werden,
- f) Sportbrillen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 4,
- g) Brillenetuis.“

cc) In Unterabschnitt 3 Nummer 3 Buchstabe a und b wird jeweils die Angabe „Brillengläser“ durch die Angabe „Brillen“ ersetzt.**dd) Unterabschnitt 5 wird durch den folgenden Unterabschnitt 5 ersetzt:**

„Unterabschnitt 5

Therapeutische Sehhilfen

1. Aufwendungen für folgende therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind beihilfefähig, wenn die Sehhilfe von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist:

- a) Glas mit Lichtschutz mit einer Transmission bis 75 Prozent bei
 - aa) Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (beispielsweise Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
 - bb) Albinismus;

- b) Glas mit Ultraviolett-(UV-)Kantenfilter (400 Nanometer Wellenlänge) bei
 - aa) Aphakie,
 - bb) Photochemotherapie zur Absorption des langwelligen UV-Lichts,
 - cc) UV-Schutz nach Pseudophakie, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,
 - dd) Iriskolobom,
 - ee) Albinismus;
- c) Glas mit Kantenfilter als Bandpassfilter mit einem Transmissionsmaximum bei einer Wellenlänge von 450 Nanometer bei Blauzapfenmonochromasie;
- d) Glas mit Kantenfilter (Wellenlänge größer als 500 Nanometer) als Langpassfilter zur Vermeidung der Stäbchenbleichung und zur Kontrastanhebung bei
 - aa) angeborenem Fehlen von oder angeborenem Mangel an Zapfen in der Netzhaut (Achromatopsie, inkomplette Achromatopsie),
 - bb) dystrophischen Netzhauterkrankungen (beispielsweise Zapfendystrophien, Zapfen-Stäbchen-Dystrophien, Stäbchen-Zapfen-Dystrophien, Retinopathia pigmentosa, Chorioidemie),
 - cc) Albinismus.

Das Ausmaß der Transmissionsminderung und die Lage der Kanten der Filter sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.
- e) Horizontale Prismen in Gläsern
 - aa) ab 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung,
 - bb) ab 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) sowie vertikale Prismen und Folien,
 - cc) ab 1 Prismendioptrie, bei
 - aaa) krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen mit dem Ziel, Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern,
 - bbb) Augenmuskelparesen, um Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Verordnung auf Grund einer umfassenden augenärztlichen orthoptisch-pleoptischen Diagnostik ausgestellt ist. Verordnungen, die auf Grund isolierter Ergebnisse einer subjektiven Heterophie-Testmethode ausgestellt sind, werden nicht anerkannt.

Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, beispielsweise prä- oder postoperativ, sind nur die Aufwendungen für Prismenfolien ohne Trägerglas beihilfefähig. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sowie Höhenausgleichsprismen bei Mehrstärkengläsern sind nicht beihilfefähig.
- f) Kunststoffgläser als Schutzgläser bei
 - aa) erheblich sturzgefährdeten Personen, die an Epilepsie oder an Spastiken erkrankt sind,
 - bb) funktionell Einäugigen (bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges unter 0,2).

Kontaktlinsen sind bei dieser Indikation nicht beihilfefähig.
- g) Okklusionsschalen oder -linsen bei dauerhaft therapeutisch nicht anders beeinflussbarer Doppelwahrnehmung;
- h) Kunststoff-Bifokalgläser mit besonders großem Nahteil zur Behebung des akkommodativen Schielens bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- i) Okklusionspflaster und -folien als Amblyopietherapeutika, nachrangig Okklusionskapseln;
- j) Uhrglasverbände oder konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (beispielsweise infolge einer Gesichtslähmung) oder bei Zustand nach Keratoplastik, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden;
- k) Irislinsen mit durchsichtigem, optisch wirksamem Zentrum bei Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (beispielsweise Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse oder Albinismus);
- l) Verbandlinsen oder -schalen bei oder nach
 - aa) Hornhauterosionen oder -epitheldefekten,
 - bb) Abrasio nach Operation,
 - cc) Verätzung oder Verbrennung,
 - dd) Hornhautverletzungen (perforierend oder lamellierend),
 - ee) Keratoplastik,

- ff) Hornhautentzündungen und -ulzerationen (beispielsweise Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis);
- m) Kontaktlinsen als Medikamententräger zur kontinuierlichen Medikamentenzufuhr;
- n) Kontaktlinsen
 - aa) bei ausgeprägtem, fortgeschrittenem Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen und Hornhautradius unter 7 Millimeter zentral oder im Apex,
 - bb) nach Hornhauttransplantation oder Keratoplastik.
- 2. Ist neben den Aufwendungen für Gläser nach Nummer 1 Buchstaben a bis f zusätzlich ein Refraktionsausgleich erforderlich, sind Aufwendungen für entsprechende Gläser zusätzlich bis zur Höhe der Pauschalen des Unterabschnitts 2 beihilfefähig. Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz für Gläser nach Nummer 1 Buchstaben a bis d sind beihilfefähig, wenn der Seitenschutz erfolgreich getestet wurde.
- 3. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - a) Kantenfilter bei
 - aa) altersbedingter Makuladegeneration,
 - bb) diabetischer Retinopathie,
 - cc) Opticusatrophie (außer im Zusammenhang mit einer dystrophischen Netzhauterkrankung),
 - dd) Fundus myopicus,
 - b) Verbandlinsen oder -schalen nach nicht beihilfefähigen Eingriffen,
 - c) Okklusionslinsen und -schalen als Amblyopietherapeutikum.“
- 45. Anlage 12 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 1.1 wird durch die folgende Nummer 1.1 ersetzt:
 - „1.1 Adju-Set, Adju-Sano (vielseitig verwendbarer Stuhl)“.
 - b) Nach Nummer 1.5 wird die folgende Nummer 1.6 eingefügt:
 - „1.6 Assistenzhund (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)“.
 - c) Die bisherigen Nummern 1.6 bis 1.10 werden zu den Nummern 1.7 bis 1.11.
 - d) Die Nummern 2.1 bis 2.14 werden durch die folgenden Nummern 2.1 bis 2.12 ersetzt:
 - „2.1 Badewannengleitschutz, -kopfstütze, -matte
 - 2.2 Bandage (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
 - 2.3 barrierefreie Badewanne, Sitzbadewanne
 - 2.4 Basalthermometer sowie sonstige Hilfsmittel und Geräte zur Bestimmung und Kontrolle des Monatszyklus
 - 2.5 Bauchgurt
 - 2.6 Bestrahlungsgerät, -lampe zur Selbstbehandlung (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
 - 2.7 Bett (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
 - 2.8 Bettbrett, -füllung, -lagerungskissen, -platte, -rost, -stütze (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
 - 2.9 Bett- und Beistelltisch
 - 2.10 Bidet
 - 2.11 Bildschirmbrille
 - 2.12 Blindenuhr, sprechende Armbanduhr“.
 - e) Die Nummern 5.10 bis 5.12 und Nummer 6.2 werden gestrichen.
 - f) Die Nummern 8.1 bis 8.12 werden durch die folgenden Nummern 8.1 bis 8.9 ersetzt:
 - „8.1 Handschuhe, es sei denn, sie sind nach Nummer 18.2 der Anlage 11 erforderlich
 - 8.2 Hängeliege
 - 8.3 Hausnotrufsystem
 - 8.4 Hautschutzmittel
 - 8.5 Heizdecke, -kissen
 - 8.6 Hilfsgerät für die Hausarbeit
 - 8.7 Höhensonne
 - 8.8 Hörkissen
 - 8.9 Hörkragen“.

- g) Die Nummern 11.1 bis 11.8 werden durch die folgenden Nummern 11.1 bis 11.7 ersetzt:
- „11.1 Klingelleuchte, die nicht von Nummer 15.4 der Anlage 11 erfasst ist
 - 11.2 Knickfußstrumpf
 - 11.3 Knoche Natur-Bruch-Slip
 - 11.4 Kommunikationssystem (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
 - 11.5 Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
 - 11.6 Krankenunterlage (saugende Bettschutzeinlagen), es sei denn,
 - a) sie ist zur Sicherung der Behandlung einer Krankheit bei Harn- oder Stuhlinkontinenz erforderlich oder
 - b) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht
 - 11.7 Kreislaufgerät“.
- h) Nummer 12.1 wird durch die folgende Nummer 12.1 ersetzt:
- „12.1 Lagerungskissen oder -stütze, das beziehungsweise die nicht von Nummer 20.1 der Anlage 11 erfasst ist“.
- i) Die Nummern 18.1 bis 19.13 werden durch die folgenden Nummern 18.1 bis 19.11 ersetzt:
- „18.1 Raumluftheuchter
 - 18.2 Rotlichtlampe
 - 19.1 Salbenpinsel
 - 19.2 Schlaftherapiegerät (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
 - 19.3 Schuhe (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
 - 19.4 Spezialsitz
 - 19.5 Spirometer
 - 19.6 Sport- und Therapiegerät, beispielsweise Ergometer, Expander, Fußgymnastik-Rolle oder Ähnliches (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
 - 19.7 Sterilisator
 - 19.8 Stimmübungssystem für Kehlkopflose
 - 19.9 Stockroller, Stockständer
 - 19.10 Stufenbett
 - 19.11 SUNTRONIC-System (AS 43)“.
- j) Nummer 21.1 wird gestrichen.
- k) Die Nummern 21.2 und 21.3 werden zu den Nummern 21.1 und 21.2.
46. Die Anlagen 14 und 15 werden gestrichen.

Artikel 2

Änderung der Heilverfahrensverordnung

Die Heilverfahrensverordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2349), die zuletzt durch Artikel 4 der Verordnung vom 6. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 92) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 9 durch die folgende Angabe ersetzt:
„§ 9 Krankenhausleistungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus“.
2. § 3 Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:
„(3) Bei der Anerkennung der wirtschaftlichen Angemessenheit kann über die im Beihilferecht getroffenen Begrenzungen hinausgegangen werden. Die Entscheidung nach Satz 1 ist besonders zu begründen. Satz 2 gilt nicht für Aufwendungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 bis zum Eineinhalbfachen der in Anlage 9 der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführten Höchstbeträge.“
3. In § 6 Absatz 5 wird die Angabe „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ durch die Angabe „Bundesministeriums des Innern“ ersetzt.
4. In § 7 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „fünf“ durch die Angabe „acht“ ersetzt.

5. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 9

Krankenhausleistungen, Rehabilitationsmaßnahme
und Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 6 wird die Angabe „Überwachung.“ durch die Angabe „Überwachung und“ ersetzt.

bb) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. die in § 39e Absatz 1 und 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen der Übergangspflege für längstens zehn Tage im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung.“

6. Nach § 17 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Bescheide, mit denen Aufwendungen wie beantragt erstattet werden, können auch vollständig durch automatisierte Einrichtungen erlassen werden.“

Artikel 3

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2026 in Kraft.

Berlin, den 14. Oktober 2025

Der Bundesminister des Innern
Alexander Dobrindt