

# Merkblatt Beihilfe Änderungen im Bundesbeihilferecht ab 01.01.2021

17. März 2021



	Seite
1. Rechtsänderung zum 01.01.2021	3
2. Einkünfte des Ehegatten bzw. Lebenspartners	3
3. Behandlung durch nahe Angehörige	3
4. Kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen	3
5. Zahnärztliche Behandlung	3
6. Psychotherapeutische Akutbehandlung	3
7. Psychotherapeutische Kurzzeittherapie	4
8. Systemische Therapie	4
9. Arzneimittel	4
10. Sozialmedizinische Nachsorge	4
11. Begleitperson bei stationärer Krankenhausbehandlung	4
12. Privatkliniken	4
13. Fahrtkosten	5
14. Anschlussheilbehandlung und Suchtbehandlung	5
15. Rehabilitationsmaßnahmen	5

16. Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	5
17. HIV-Präexpositionsprophylaxe	5
18. Bemessungssatz	5
19. Übergangsregelung für Kinder	6
20. Eigenbehalte	6
21. Visusverbessernde Maßnahmen	6
22. Ausgeschlossene Methoden	6
23. Hilfsmittel	6
24. Weitere Änderungen	7
25. Allgemeines	7

Dieses Merkblatt ist zur allgemeinen Information bestimmt. Rechtsansprüche können Sie daraus nicht ableiten. Wenn Sie weitere Fragen haben, rufen Sie uns gerne an. Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

### 1. Rechtsänderung zum 01.01.2021

Zum 01.01.2021 traten einige Neuregelungen im Bundesbeihilferecht in Kraft. Grundlage ist die Neunte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilferechtsverordnung (BBhV) vom 01.12.2020 (BGBl. I S. 2713). Über die wichtigsten Änderungen möchten wir Sie mit diesem Merkblatt informieren, wenn Sie Ansprüche nach der **Bundesbeihilferechtsverordnung** haben.

Soweit für Sie die Beihilferechtsverordnung Baden-Württemberg (BVO) gilt, wirkt sich nur ein Teil dieser Änderungen durch entsprechende Verweise in der Rechtsgrundlage auf Sie aus. Hierüber informiert das Merkblatt „[Beihilferechtliche Änderungen ab 01.01.2021](#)“ vom 09.02.2021 für die Beihilferechtsberechtigten nach BVO Baden-Württemberg, dieses finden Sie auf der Homepage des KVBW.

Die nachfolgenden Ausführungen sind nicht abschließend. Merkblätter und Vordrucke des KVBW werden an die Neuregelungen angepasst. Mit Ihren Fragen können Sie sich gerne an die Beihilfestelle wenden.

Maßgeblich ist jeweils das Entstehungsdatum, das ist das Behandlungsdatum bzw. das Kaufdatum (bei Arznei- oder Hilfsmitteln).

### 2. Einkünfte des Ehegatten bzw. Lebenspartners

Beihilfe zu den Aufwendungen des Ehegatten oder des Lebenspartners wird nur gewährt, wenn dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (i. S. d. § 2 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 5a des Einkommensteuergesetzes) einschließlich vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20.000 € nicht übersteigt. Bisher lag der Grenzbetrag bei 17.000 €. Welche Einkünftegrenze anzuwenden ist, hängt vom Entstehungsdatum der Aufwendungen ab, demnach vom Behandlungsdatum bzw. Kaufdatum. Die Vorlage eines Steuerbescheides oder anderer Nachweise ist nur erforderlich, wenn dies von der Beihilfestelle angefordert wird. Im Geschäftsbereich des KVBW können Sie Ihre Angaben mit der „[Erklärung über die Einkünfte des Ehegatten](#)“ oder dem vierseitigen Antragsvordruck machen. Wie schon bisher besteht die Möglichkeit, bereits im laufenden Kalenderjahr Beihilfe unter Rückforderungsvorbehalt zu gewähren, wenn die Einkünfte voraussichtlich geringer ausfallen werden als der Grenzbetrag. Im Folgejahr ist dann die tatsächliche Höhe der Einkünfte nachzuweisen.

Ab dem Jahr 2024 wird der Grenzbetrag jeweils dynamisch erhöht werden, in Abhängigkeit vom Rentenwert West.

### 3. Behandlung durch nahe Angehörige

Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen sind ab 01.01.2021 auch dann beihilfefähig, wenn sie von Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern, Eltern oder Kindern des Behandelten erbracht werden. Der bisherige Ausschluss der Beihilfefähigkeit entfällt.

### 4. Kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen

Kieferorthopädische Leistungen für Erwachsene können ab 01.01.2021 gewährt werden, wenn durch ein Gutachten bestätigt wird, dass

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

Nicht mehr erforderlich ist das Vorliegen einer sekundären Anomalie, die erst im Erwachsenenalter erworben wurde.

### 5. Zahnärztliche Behandlung

Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten, die bei einer zahnärztlichen Behandlung entstehen, sind zu 60 Prozent beihilfefähig (bis 31.12.2020 nur zu 40 Prozent).

### 6. Psychotherapeutische Akutbehandlung

Bereits seit 31.07.2018 sind die Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung beihilfefähig. Sie kann in einer akuten Krise oder in einem Ausnahmezustand zur kurzfristigen Verbesserung der Symptomatik durchgeführt werden. Seit 01.01.2021 ist hierfür keine vorherige Genehmigung durch die Beihilfestelle und damit auch kein Gutachterverfahren mehr erforderlich.

Für Erwachsene, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, sind bis zu 24 Sitzungen je Krankheitsfall beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Menschen mit geistiger Behinderung beträgt die Höchstzahl 30 Sitzungen (unter Einbeziehung der Bezugspersonen). Der beihilfefähige Höchstbetrag je Behandlung ist 51 € für die Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten.

Die Behandlerqualifikation des Psychotherapeuten oder Arztes muss vorliegen. Eine Akutbehandlung kann nicht gleichzeitig mit anderen Therapieformen durchgeführt werden. Durchgeführte Akutbehandlungen werden auf das Kontingent anderer Psychotherapien angerechnet.

## 7. Psychotherapeutische Kurzzeittherapie

Bei längerdauernden Behandlungen muss für eine tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Therapie, für Verhaltenstherapie oder Systemische Therapie die Genehmigung der Beihilfestelle eingeholt werden.

Ab 01.01.2021 wird der Zugang zu einer Psychotherapie erleichtert. Nun sind bis zu 24 Sitzungen als Kurzzeittherapie ohne Genehmigung der Beihilfestelle und ohne Gutachterverfahren, sowohl als Einzel- als auch als Gruppenbehandlung, beihilfefähig. Die erforderliche Behandlerqualifikation des Arztes oder Psychotherapeuten für die jeweilige Therapieform muss jedoch vorliegen.

Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine folgende genehmigungspflichtige (Langzeit-)Therapie anzurechnen.

## 8. Systemische Therapie

Neu als beihilfefähig aufgenommen wurde die Systemische Therapie für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Bei dieser Therapieform steht der soziale Kontext psychischer Erkrankungen im Vordergrund, innerhalb der Familie und im sozialen Umfeld. Der Mensch wird als Teil eines Systems betrachtet. Ungünstige Kommunikationsmuster oder gestörte Beziehungen innerhalb des Systems können sich auch auf die psychische Gesundheit des Einzelnen auswirken.

Die Systemische Therapie hat sich aus der Familientherapie entwickelt. Die Familientherapie an sich ist allerdings weiterhin von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen, ebenso wie die Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Familien-, Lebens-, Paar- oder Sexualberatung.

Wird die Systemische Therapie nicht als Akut- oder Kurzzeittherapie durchgeführt, sondern als Langzeittherapie, so ist eine vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle nach einem Gutachterverfahren erforderlich. Unabhängig davon können aber fünf probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Sämtliche Sitzungen müssen von einem Arzt oder Psychotherapeuten durchgeführt werden, der die Behandlerqualifikation für die Systemische Therapie erfüllt.

Einzel- oder Gruppenbehandlungen können bis zur Höchststundenzahl von 36 Sitzungen anerkannt werden, in Ausnahmefällen sind 12 weitere Sitzungen möglich. Im sog. "Mehrpersonensetting" können Bezugspersonen in die Therapiesitzung eingebunden werden.

Bereits erbrachte Sitzungen als Akuttherapie und/oder Kurzzeittherapie werden auf die genehmigte Anzahl der Langzeitbehandlung angerechnet.

## 9. Arzneimittel

Grundsätzlich sind die Aufwendungen für hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung nicht beihilfefähig, sie können nur berücksichtigt werden, wenn sie zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden oder für Personen unter 22 Jahren. Die bisherige Altersgrenze –unter 20 Jahren- wurde angehoben.

Medizinprodukte werden als beihilfefähig berücksichtigt, wenn sie in der Anlage 4 zu § 22 Absatz 1 Bundesbeihilfeverordnung genannt sind. Diese Liste wurde aktualisiert.

## 10. Sozialmedizinische Nachsorge

Aufwendungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche sind beihilfefähig. Voraussetzungen sind:

- die Person hat das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet,
- die Nachsorgemaßnahme erfolgt im Anschluss an eine Behandlung in einem Krankenhaus oder an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme und
- die Nachsorge ist erforderlich, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

## 11. Begleitperson bei stationärer Krankenhausbehandlung

Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig. Dies gilt bei Behandlungen in Krankenhäusern, die nach § 108 SGB V zugelassen sind, ebenso bei nicht zugelassenen Krankenhäusern (Privatkliniken).

## 12. Privatkliniken

In Krankenhäusern, die nach § 108 SGB V zugelassen sind, wird bereits seit 01.01.2020 die Abrechnung aufgeteilt in DRG-Fallpauschale und tagesbezogenes Pflegeentgelt.

In der Folge werden auch bei Krankenhäusern ohne Zulassung nach § 108 SGB V (Privatkliniken) die Pflegepersonalkosten gesondert berücksichtigt, wenn der Höchstbetrag für Krankenhausleistungen ermittelt wird.

Eine weitere Anpassung betrifft alle psychiatrischen und psychosomatischen Privatkliniken. Seit 2020 ist für

zugelassene Krankenhäuser das „Pauschale Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ (PEPP) verbindlich. Die früheren festen Tagessätze sind für die Berechnung der beihilfefähigen Leistungen in Privatkliniken nicht mehr geeignet, stattdessen findet auch hier der PEPP-Entgeltkatalog Anwendung.

### 13. Fahrtkosten

Deutliche Erleichterungen gibt es bei den Fahrtkosten. Ohne ärztliche Verordnung können die Aufwendungen berücksichtigt werden für

- Rettungsfahrten und Rettungsflüge,
- Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie,
- Fahrten anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Beihilfestelle der Verlegung zugestimmt hat,
- Fahrten von schwerbehinderten Menschen (mit Merkmal aG, Bl oder H im Ausweis) oder Personen mit Pflegegrad 3 bis 5, insbesondere anlässlich einer Krankenhausbehandlung, ambulanten Operation oder Behandlung einer Erkrankung.

Der Anlass der Fahrt muss aus den Belegen ersichtlich sein oder anderweitig nachgewiesen werden.

### 14. Anschlussheilbehandlung und Suchtbehandlung

Die Begrenzung der Fahrtkosten anlässlich einer stationären Anschlussheilbehandlung oder Suchtbehandlung auf einen Betrag von insgesamt 200 € für die Gesamtmaßnahme gilt nur noch bei Fahrten mit dem privaten PKW. Bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sind die tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten beihilfefähig.

Wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitperson bestätigt wird, können auch deren Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Satz der Einrichtung berücksichtigt werden. Die bisherige Reduzierung auf 70 Prozent des niedrigsten Satzes gilt nicht mehr.

### 15. Rehabilitationsmaßnahmen

Für ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen gibt es eine Neuregelung zu den Fahrtkosten. Sofern kein kostenloser Transport durch die Einrichtung erfolgt, sind nachgewiesene Fahrtkosten bis zu 10 Euro pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt beihilfefähig.

Fahrten zu anderen Maßnahmen (stationäre Rehabilitation, Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kur, familienorientierte Rehabilitation, ambulante Heilkur) können wie bisher bei der

Beihilfe eingereicht werden, bis maximal 200 € für die Gesamtmaßnahme. Neu ist die Regelung für Fahrten mit dem Taxi zu einer stationären Rehabilitation, diese Kosten sind nur beihilfefähig, wenn die medizinische Notwendigkeit vom Amtsarzt bestätigt wurde.

Auch bei Rehabilitationsmaßnahmen wurde die prozentuale Begrenzung bei den Aufwendungen einer Begleitperson gestrichen (siehe Nr. 14).

### 16. Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Bietet eine vollstationäre Pflegeeinrichtung oder eine Einrichtung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase an, so sind diese Aufwendungen beihilfefähig entsprechend § 132g SGB V. Dabei werden die medizinischen Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses, mögliche Notfallsituationen und geeignete Maßnahmen der psychosozialen sowie palliativen Versorgung in einer Fallbesprechung aufgezeigt.

### 17. HIV-Präexpositionsprophylaxe

Die medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe dient der Verhütung einer Ansteckung mit HIV. Für Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen für dahingehende ärztliche Beratungen beihilfefähig, ebenso für Untersuchungen, die aufgrund der Anwendung eines für die Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittels erforderlich sind.

### 18. Bemessungssatz

Die Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen gewährt. Hier gibt es zwei wichtige Verbesserungen.

Beihilfeberechtigte erhalten für die Dauer ihrer Elternzeit Beihilfe zum Bemessungssatz von 70 Prozent.

Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird die bis zum 19. September 2012 geltende Regelung des erhöhten Bemessungssatzes von 100 Prozent wieder eingeführt. Der Bemessungssatz wird auf 100 Prozent erhöht, wenn eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Aufwendungen erfolgt. Leistungen und Erstattungen der Krankenkasse sind anzurechnen. Wenn die gesetzliche Krankenversicherung sich an den Kosten nicht beteiligt (z. B. bei Heilpraktikerleistungen, IGEL-Leistungen), bleibt es beim regulären Bemessungssatz von 50, 70 oder 80 Prozent.

Ob ein Zuschusses zu den Krankenversicherungsbeiträgen bezahlt wird, hat dabei keine Auswirkungen.

## 19. Übergangsregelung für Kinder

Die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden und deren Schul- oder Berufsabschluss sich im Jahr 2020 durch die COVID-19-Pandemie verzögert, verlängert sich um den Zeitraum der Verzögerung (§ 58 Abs. 4 BBhV).

## 20. Eigenbehalte

Ein Eigenbehalt von 10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, wird nun auch von den Aufwendungen abgezogen, die für Mittel zur enteralen Ernährung entstehen, dazu gehören Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung.

Kein Eigenanteil wird hingegen abgezogen bei Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung, einschließlich der dabei verwendeten Arzneimittel.

Wenn auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde vorgenommenen Einschränkung der Verwendbarkeit eines Arzneimittels nach § 22 BBhV das Mittel erneut verordnet werden musste, erfolgt für diese Verordnung kein Abzug eines Eigenbeitrages.

## 21. Visusverbessernde Maßnahmen

Visusverbessernde Maßnahmen sind Behandlungen, meist Operationen, zur Verbesserung der Sehschärfe. Bei den teilweise von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Untersuchungen und Behandlungen wird nun konkret aufgeführt, unter welchen Voraussetzungen die Aufwendungen beihilfefähig sind. Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen sind nur beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig sind. Visusverbessernde Maßnahmen sind nur dann beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle den Maßnahmen vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt hat. Bitte setzen Sie sich daher unbedingt vor einem geplanten Eingriff, ggf. unter Vorlage eines Kostenvoranschlags, mit uns in Verbindung.

Die Regelungen im Einzelnen:

### 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.

Diese betragliche Begrenzung 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.

## 22. Ausgeschlossene Methoden

Die aktualisierte Liste der Untersuchungen und Behandlungen, die ganz von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind oder nur unter bestimmten Voraussetzungen anerkannt werden, finden Sie im Merkblatt [„Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen“](#) auf unserer Homepage unter „Beihilferecht des Bundes“.

Völlig von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist nun die Hornhautimplantation, refraktiv zur Korrektur der Presbyopie.

Neu aufgenommen wurde bei der radialen extrakorporalen Stoßwellentherapie (r-ESWT) die Indikation "therapierefraktäre Fasciitis plantaris" (= Fersensporn), die bisher nur bei der ESWT genannt war.

## 23. Hilfsmittel

Bei den Hilfsmitteln, die nach ärztlicher Verordnung und bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen beihilfefähig sind, wurden neu aufgenommen bzw. ergänzt:

- Defibrillatorweste,
- Toilettenhilfen sind jetzt auch bei Personen mit Hüfttotalendoprothese beihilfefähig,
- bei den Übertragungsanlagen wurden die Voraussetzungen neu formuliert,
- Perücken sind wie bisher bis zum Betrag von 512 € beihilfefähig, wenn ein großflächiger und massiver Haarverlust im Zusammenhang mit einer Krankheit besteht (bei Chemotherapie, Strahlenbehandlung, Operationen usw.). Die Tragedauer wurde verkürzt, eine Neubeschaffung einer Perücke aus Kunststoff ist nach einem Jahr möglich, bei Echthaarperücken nach zwei Jahren.

Die einschränkenden Vorgaben der Beihilfegewährung für **Sehhilfen** bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind entfallen. Bei Brillengläsern oder Kontaktlinsen ist ein spezieller Visuswert oder eine Mindest-Dioptrienzahl zur grundsätzlichen Beihilfefähigkeit nicht mehr Voraussetzung. Die Aufwendungen für Sehhilfen werden bis zu den jeweiligen Höchstbeträgen berücksichtigt. Für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die Verordnung durch einen Augenarzt erforderlich, für Ersatzbeschaffungen genügt die Refraktionsbestimmung durch einen Augenoptiker. Die erneute Beschaffung einer Sehhilfe bei gleichbleibendem Visus ist in der Regel erst nach Ablauf von drei Jahren beihilfefähig.



## 24. Weitere Änderungen

Früherkennungsprogramme für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sowie für Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko werden in spezialisierten Kliniken durchgeführt. Weitere Kliniken werden nun beihilferechtlich zugelassen.

Das Heilbäder- und Kurortverzeichnis ist nicht mehr Bestandteil der Bundesbeihilfeverordnung. Stattdessen wurde die Übersicht vom Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) als Rundschreiben veröffentlicht (Gemeinsames Ministerialblatt GMBL vom 08.01.2021, S. 2 ff.), die Liste wird bei Bedarf aktualisiert.

## 25. Allgemeines

Diese Auskunft steht unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der ihr zugrundeliegenden Sach- und Rechtslage, insbesondere, dass die behandelte Person zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen entweder selbst beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten ist. Maßgebend sind die jeweiligen Verhältnisse zum Zeitpunkt der Behandlung.

Weitere Informationen, z. B. Rechtsgrundlagen und Merkblätter, finden Sie auch unter [www.kvbw.de](http://www.kvbw.de), speziell in der Rubrik „Beihilferecht des Bundes“. Um über Entwicklungen im Bereich der Beihilfe frühzeitig informiert zu werden, können Sie auch unseren kostenlosen elektronischen Newsletter abonnieren. Bitte beachten Sie aber, dass der Beihilfe-Newsletter sich auf die Beihilfeverordnung Baden-Württemberg bezieht, nicht auf das Bundesbeihilferecht.