

Veröffentlichung der 112. Änderung der Satzung PBeaKK

Die Bekanntmachung von Satzungsänderungen und Ausführungsbestimmungen erfolgt gemäß § 87 Absatz 5 der Satzung PBeaKK durch eine Veröffentlichung auf der Internetseite www.pbeakk.de, nachrichtlich im Gemeinsamen Ministerialblatt.

**Beschlüsse des Verwaltungsrats der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK);
hier: 112. Änderung der Satzung PBeaKK**

Der Verwaltungsrat hat in seiner 17./VII. Sitzung am 27. November 2025 nachstehende Beschlüsse gefasst:

1. Satzungsänderung im Kapitel Grundversicherung § 16 Mitversicherung

„I. Die Satzung wird wie folgt geändert:

1.1 `§ 16 Mitversicherung von Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft`

1.1.1 § 16 erhält folgende Fassung:

„Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft können auf Antrag mitversichert werden, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im Vorvorkalenderjahr 22.648 Euro nicht übersteigt. Daneben können Ehegattinnen, Ehegatten, Partnerinnen und Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft mitversichert werden, wenn sie zum Zeitpunkt der Antragstellung keine über dem Gesamtbetrag von 22.648 Euro liegenden Jahreseinkünfte haben und das Mitglied erklärt, dass die maßgebende Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr nicht überschritten wird.“

II. Die Änderung der Satzung tritt mit Wirkung zum 01.01.2026 in Kraft.“

2. Satzungsänderung redaktioneller Art gemäß offener Auftrag Nr. 140

„I. Die Satzung wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Absatz 2 Satz 2, Absatz 4 Satz 1, in § 14 Absatz 1 lit. d Satz 1 und in § 28 Absatz 1 Satz 1 wird der Begriff „Deutsche Postbank AG“ jeweils durch „Deutsche Bank AG“ ersetzt; in § 2 Absatz 5 Satz 1 wird der Begriff „Deutschen Postbank AG“ durch „Deutschen Bank AG“ ersetzt.

2. In Anhang 6 wird in Abschnitt II Satz 8 und Satz 9 gestrichen.

II. Die Änderung zu Ziffer I Nr. 1 tritt rückwirkend zum 15.05.2020 in Kraft. Die Änderung unter Ziffer I Nr. 2 tritt rückwirkend zum 01.08.2023 in Kraft.“

3. Satzungsänderungen in der Grundversicherung und der Zusatzversicherung aufgrund der 11. Änderungsverordnung zur BBhV

„Die Satzung wird wie folgt geändert:

I. § 30 Absatz 3 Buchstabe d wird wie folgt geändert:

d. medizinisch nicht notwendige ärztliche oder zahnärztliche Bescheinigungen, ausgenommen Dienstunfähigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Vorlage beim Dienstherrn oder beim Arbeitgeber,

II. In § 30b Absatz 2 wird nach Buchstabe i folgender neuer Buchstabe j eingefügt:

j. vollstationäre Krankenhausleistungen nach § 37 Absatz 1 Buchstabe a, wenn die versicherte Person von der Möglichkeit einer Direktabrechnung zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und dem Krankenhaus mittels elektronischem Datenaustausch Gebrauch macht.

III. § 31 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

(2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbrachte

a. psychotherapeutische Sprechstunde,

b. Psychotherapie als

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,

- analytische Psychotherapie,

- Verhaltenstherapie,

- systemische Therapie,

c. psychosomatische Grundversorgung und

d. psychotherapeutische Akutbehandlung.

Wegen des Inhalts, des Umfangs und der Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit finden die jeweils maßgeblichen Vorschriften der §§ 18 bis 21 Bundesbeihilfeverordnung und die Anlage 3 zu den §§ 18 bis 21 Bundesbeihilfeverordnung entsprechend Anwendung.

Voraussetzung für eine Erstattungsfähigkeit der Psychotherapie nach Satz 1 Buchstabe b) ist, dass die Postbeamtenkrankenkasse vor Beginn der Behandlung die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen schriftlich anerkannt hat; dies gilt nicht bei Kurzzeittherapien bis zu 24 Sitzungen bei Einzel- oder Gruppentherapien oder bei probatorischen Sitzungen. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über die Anerkennung ein Gutachten zur Notwendigkeit, der Art und dem Umfang der Behandlung einzuholen, das von

einer oder einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Gutachterin oder Gutachter zu erstellen ist

IV. § 32 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird durch folgenden neuen Absatz 1 ersetzt:

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 erstattungsfähig. Nach den Regelungen der Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Materialkosten und Laborkosten sind erstattungsfähig. Die Kosten eines Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

2. In Absatz 2 werden Satz 2 bis Satz 6 durch die folgenden neuen Sätze 2 bis 4 ersetzt:

Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit einer Behandlung nach Satz 1 Nummer 3 ist, dass die Postbeamtenkrankenkasse den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes sind erstattungsfähig. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über die medizinische Erforderlichkeit einer Behandlung nach Satz 1 Nummer 3 ein Gutachten eines Sachverständigen oder einer Sachverständigengesellschaft einzuholen. Die Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung erstattungsfähig.

3. Absatz 3 bis 4 werden durch die neuen Absätze 3 bis 4 ersetzt:

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

- a. Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,*
- b. Beseitigung von Habits bei einem habituellen offenen oder seitlichen Biss bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,*
- c. Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigen Milchzahnverlustes,*
- d. Frühbehandlung*
 - eines Distalbisses bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,*
 - eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses bei transversaler Abweichung mit einseitigem oder beidseitigem Kreuzbiss, der durch präventive Maßnahmen nicht zu korrigieren ist,*
 - einer Bukkalokklusion, Nonokklusion oder Lingualokklusion permanenter Zähne bei transversaler Abweichung,*
 - eines progenen Zwangsbisses oder frontalen Kreuzbisses bei mesial sagittaler Stufe,*
 - 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,*
- e. früher Behandlung*
 - einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien,*
 - eines skelettal offenen Bisses bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,*
 - einer Progenie bei mesial sagittaler Stufe,*
 - verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.*

Die Frühbehandlung nach Satz 1 Buchstabe d) 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 Buchstaben d) und e) gesondert erstattungsfähig.

(4) 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 Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind erstattungsfähig bei

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

4. In Absatz 5 wird Satz 2 gestrichen

5. Absatz 6 wird gestrichen.

V. § 33 Absatz 2 Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

d. hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung; dies gilt nicht

- wenn sie für Personen unter 22 Jahren bestimmt sind,*
- wenn diese Mittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden, oder*
- für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva ohne Altersbeschränkung, soweit sie ärztlich verordnet wurden und Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen,*

VI. § 34 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Bei Ergotherapie genügt eine Verordnung durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten, die oder der die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllt.

VII. In § 35 Absatz 5 wird Buchstabe b durch die folgenden neuen Buchstaben b und c ersetzt:

b. Versicherungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke, ausgenommen Pflichtversicherungen für Blindenführhunde, und

c. gesondert ausgewiesene Versandkosten.

VIII. § 37 wird wie folgt geändert:

1. in Absatz 3 Buchstabe b wird die Angabe „300 Euro“ jeweils durch die Angabe „370 Euro“ ersetzt.

2. Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

(6) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus für längstens zehn Tage im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung.

IX. § 38 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

1. Satz 3 Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

c. eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten, die oder der die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllt, bei einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

2. Satz 4 wird wie folgt gefasst:

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie darf in therapeutisch begründeten Fällen die Bescheinigung auch erstellen für Personen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Prüfung des Erstattungsanspruchs Nachweise über die Art und den zeitlichen Umfang der geleisteten Verrichtungen zu verlangen.

X. § 42 wird wie folgt gefasst:

1. In der Überschrift wird die Angabe „Integrierte Versorgung“ durch die Angabe „besondere Versorgung“ ersetzt.

2. Absatz 3 wird durch folgenden neuen Absatz 3 ersetzt:

Aufwendungen für Leistungen, die als besondere Versorgung erbracht werden, sind erstattungsfähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfeträgern abgeschlossen wurden oder Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.

3. Nach Absatz 5 wird folgender neuer Absatz 6 angefügt:

(6) Aufwendungen für die ambulante Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in Medizinischen

*Behandlungszentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt wurden, sind erstattungsfähig.
Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht erstattungsfähig.*

XI. § 43 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 Satz 4 durch folgenden Satz ersetzt:

Anstelle einer ärztlichen Verordnung ist bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen auch die Vorlage einer entsprechenden Verordnung einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten, die oder der die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung in das Arztregister erfüllt, ausreichend; bei einer Anschlussheilbehandlung nach Absatz 1 Buchstabe e ist ausreichend, wenn die Anschlussheilbehandlung durch ein Krankenhaus unter ärztlicher Verantwortung veranlasst wird.

2. In Absatz 4 wird in Satz 5 die Angabe „4 Monaten“ durch die Angabe „6 Monaten“ ersetzt.

3. Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

Wird die Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 Buchstabe e oder f in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch besteht, ist der pauschale Pflegesatz der Einrichtung erstattungsfähig, soweit die entsprechend anwendbaren täglichen Gesamtbeträge aus § 37 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe b nicht überschritten werden. Der pauschale Pflegesatz umfasst die Kosten für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arzneimittel und Verbandmittel, Heilmittel sowie die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege.

XII. § 44 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 3 Satz 4 wird durch folgenden Satz ersetzt:

Anstelle einer ärztlichen Bescheinigung ist bei Diagnosen aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie auch die Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten, die oder der die Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Eintragung im Arztregister erfüllt, ausreichend.

2. In Absatz 3 Satz 6 wird die Angabe „4 Monaten“ durch die Angaben „6 Monaten“ ersetzt.

3. In Absatz 5 Satz 1 und Satz 3 wird die Angabe „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ jeweils durch die Angabe „Bundesministerium des Innern“ ersetzt.

XIII. § 45 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

d. Risikofeststellung, Aufklärung und Beratung, genetische Untersuchung sowie intensivierete Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko, wenn die Leistungen in einem der im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossenen universitären

Zentren erbracht werden, und die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis dritten Grades beruht,

2. Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

e. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik, Genanalyse zur Identifizierung einer Keimbahn-Mutation und Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko, wenn die Leistungen in einem im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentrum durchgeführt werden, und eine erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis zweiten Grades beruht,

XIV. § 47 Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr erstattungsfähig, es sei denn, die Mittel sind nach ärztlicher Bestätigung notwendig zur Behandlung einer Krankheit oder als Notfallkontrazeptiva ohne Altersbeschränkung, wenn Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen.

XV. § 57 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

(1) Aus der Ergänzungsstufe werden gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen nach § 32 erstattet; gleiches gilt für gesondert abrechenbare Auslagen, Material- und Laborkosten gemäß Nummer 5 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen, wenn diese Auslagen und Kosten bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Teil 5 dieses Einheitlichen Bewertungsmaßstabes entstanden sind. Für jeden abgeschlossenen Schritt der Zusatzversicherung sind 10 vom Hundert der Aufwendungen nach Satz 1 erstattungsfähig, höchstens jedoch insgesamt der Betrag, der nach Abzug von Erstattungen aus der Grundversicherung, von gewährter Beihilfe, von anderen Krankenversicherungsleistungen und von Leistungen anderer Kostenträger verbleibt.

XVI. § 60 wird wie folgt gefasst:

§ 60 Leistungen aus der Zusatzversicherung bei implantologischen Leistungen

(1) Aus der ISH-Stufe werden erforderliche Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte erstattet. Erstattungsfähig sind 50 vom Hundert der Aufwendungen, höchstens jedoch insgesamt der Betrag, der nach Abzug von Erstattungen aus der Grundversicherung, von gewährter Beihilfe, von anderen Krankenversicherungsleistungen und von Leistungen anderer Kostenträger verbleibt. Die in diesem Zusammenhang entstandenen Auslagen, Material- und Laborkosten sind, einschließlich der Suprakonstruktionen, nicht erstattungsfähig.

(2) Eine Erstattung ist ausgeschlossen

a. bei Aufwendungen für bei Versicherungsbeginn fehlende und noch nicht ersetzte Zähne und

b. bei einer Zahnbehandlung, die vor dem Versicherungsbeginn begonnen wurde.

(3) Die Leistungen werden durch folgende Zweijahreshöchstsätze begrenzt:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| a. im ersten und zweiten Versicherungsjahr auf zusammen | 900,- Euro |
| b. im dritten und vierten Versicherungsjahr auf zusammen | 3.000,- Euro |
| c. ab dem fünften Versicherungsjahr für jeweils zwei Versicherungsjahre auf zusammen | 3.600,- Euro |

Maßgebender Zeitpunkt für die Zuordnung zum Versicherungsjahr ist das Datum der Rechnung.

XVII. Die Leistungsordnung A Abschnitt III wird wie folgt geändert:

1. Nr. 12 wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
12	Komplextherapie, besondere Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen (§ 42)	
	<i>Komplextherapie und besondere Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen</i>	
	<i>- in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht</i>	Sachleistung
	<i>- in den übrigen Fällen</i>	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 12

2. Nr. 15 Buchstabe c und d werden wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Kassenleistungen
1	2	3
15	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 45 Absatz 1, 2 und 4)	
	<i>c) Aufwendungen nach § 45 Absatz 1 Buchstabe c) (Risikofeststellung, Aufklärung und Beratung, genetische Untersuchung sowie intensivierete Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko)</i>	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 15 unter Ziffer 1 Buchstabe c)
	<i>d) Aufwendungen nach § 45 Absatz 1 Buchstabe d) (Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik, Genanalyse zur Identifizierung einer Keimbahn-Mutation und Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko)</i>	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 15 unter Ziffer 1 Buchstabe d)

XVIII. Die Leistungsordnung B Abschnitt VI wird wie folgt geändert:

1. Nr. 1 Ziffer 1 Buchstabe h wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
1	Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen (§ 31)	
	1. Mitglieder der Gruppe B1, B2, B3, C und E:	
	<i>h) Leistungen durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend der GOP nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ</i>	<i>entsprechend den Buchstaben a) und b)</i>

2. Nr. 1 Ziffer 2 Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
1	Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen (§ 31)	
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	<i>c) Leistungen durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend der GOP nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ</i>	<i>2,3-facher Gebührensatz der GOÄ</i>

3. Nr. 2 Buchstaben d und e werden wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
2	Zahnärztliche Leistungen (§ 32)	
	<i>d) gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Absatz 3 und § 9 der GOZ</i>	<i>beihilfefähige Aufwendungen (80 Prozent für Auslagen, Material- und Laborkosten; in den Fällen des § 32 Absatz 4 Buchstabe a bis d und Absatz 5 sowie bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder deren kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, 100 Prozent für Auslagen, Material- und Laborkosten)</i>
	<i>e) Implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage 1 zum Gebührenverzeichnis der GOZ</i>	<i>beihilfefähige Aufwendungen (50 Prozent der Aufwendungen; in den Fällen des § 32 Absatz 4 Buchstabe a bis d)</i>

		100 Prozent der Aufwendungen)
--	--	-------------------------------

4. Nr. 5 wird wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
5	Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke (§ 35)	
	<p><i>Anschaffung, Miete, Reparatur und Instandsetzung, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung von</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Hilfsmitteln (z.B. Rollatoren, Rollstühle, Krankenpflegebetten, Sehhilfen),</i> - <i>Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle (z.B. Insulinpumpen, Inhalationsgeräte),</i> - <i>Körperersatzstücken (z.B. Bein-, Arm- und Augenprothesen, Perücken),</i> <p><i>sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände</i></p>	<p><i>beihilfefähige Aufwendungen unter Berücksichtigung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>der maßgeblichen Höchstbeträge nach § 35 Absatz 7 und 8 und</i> - <i>der Höchstbeträge nach der Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 BBhV; diese bestehen insbesondere bei</i> - <i>Hörgeräten in Höhe von 1.500,00 € je Ohr</i> - <i>Perücken in Höhe von 512,00 €,</i> - <i>Elektroscootern in Höhe von 2.500,00 € und</i> - <i>Brillen, einschließlich der Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker, in Höhe von 110 € für Brillen mit Einstärkengläsern und 260 € für Brillen mit Mehrstärkengläsern, für Kurzzeitlinsen für sphärische Kontaktlinsen, höchstens 154,00 € im Kalenderjahr, für Kurzzeitlinsen für torische Kontaktlinsen, höchstens 230,00 € im Kalenderjahr</i> <p><i>abzüglich der</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Eigenbehalte nach § 30b und</i> - <i>Eigenanteile nach § 35 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3</i>

5. Unter Nr. 7 wird in Ziffer 2 Buchstaben b und c die Angabe „1,2 Prozent“ jeweils durch „1,3 Prozent“ ersetzt.

6. Nr. 12 Überschrift und Buchstabe c werden wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
12	Komplextherapie, besondere Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen (§ 42)	
	<p>c) <i>Besondere Versorgung</i></p> <p>- in den Fällen, in denen eine Vereinbarung zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer besteht</p> <p>- in den übrigen Fällen</p>	<p><i>Vereinbarte Pauschalvergütung</i></p> <p><i>beihilfefähige Aufwendungen (vereinbarte Pauschalvergütung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit einem Beihilfeträger oder die Pauschalvergütung aus einem Vertrag über eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)</i></p>

7. In Nr. 12 wird nach Buchstabe e der folgende neue Buchstabe f ergänzt:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
12	Komplextherapie, besondere Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen (§ 42)	
	<p>f) <i>ambulante Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in Medizinischen Behandlungszentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt wurden.</i></p>	<p><i>beihilfefähige Aufwendungen (vereinbarte Vergütung des Einrichtungsträgers mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit einem Sozialversicherungsträger)</i></p>

8. Nr. 15 Buchstabe c und d werden wie folgt gefasst:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	Erstattungsfähige Höchstsätze
1	2	3
15	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 45 Absatz 1, 2 und 4)	
	<p>c) <i>Risikofeststellung, Aufklärung und Beratung, genetische Untersuchung sowie intensivierete Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich</i></p>	<p><i>beihilfefähige Aufwendungen (vereinbarte Vergütung der universitären Zentren mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.)</i></p>

	<i>belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko</i>	
	<i>d) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik, Genanalyse zur Identifizierung einer Keimbahn-Mutation und Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko</i>	<i>beihilfefähige Aufwendungen (vereinbarte Vergütung der universitären Zentren mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.)</i>

XIX. Vorbehaltlich von Satz 2 treten diese Änderungen zum 01.01.2026 in Kraft. Für Aufwendungen einer implantologischen Behandlung nach § 32 Absatz 4 sowie einer kieferorthopädischen Behandlung nach § 32 Absatz 2 und 3, die vor dem 1. Januar 2026 begonnen wurde und fortgeführt wird, gelten die Vorschriften in der bis zu diesem Tag geltenden Fassung. Als Behandlungsbeginn gilt das Datum der erstmaligen Erbringung einer Leistung aus den Abschnitten G oder K der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte.“

Stuttgart, 17.12.2025 (Datum der amtlichen Bekanntmachung)