

## Informationen zur 9. Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Wir haben für Sie die **wesentlichen** Änderungen zusammengefasst, die sich aus der 9. Änderungsverordnung der BBhV ergeben. Die Änderungen gelten für Aufwendungen, die ab dem 1. Januar 2021 (Inkrafttreten) entstanden sind.

Sachverhalt	Erläuterungen zur Beihilfe
<b>Berücksichtigung von Ehe-/Lebenspartner</b> (§ 6 Absatz 2 und § 58 Absatz 1)	<p>Ehe- / Lebenspartner sind in der Beihilfe berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) im zweiten Kalenderjahr (=VorVor-Kalenderjahr) vor Beantragung der Beihilfe 20.000 Euro nicht übersteigt.</p> <p>→ <b>Die maßgebliche Einkommensgrenze für die Berücksichtigung von Ehe-Lebenspartner wurde auf 20.000 Euro erhöht. Ab dem Jahr 2024 wird dieser Betrag laufend angepasst (dynamisiert).</b> Bisher betrug diese Einkommensgrenze 17.000 Euro und in Ausnahmefällen 18.000 Euro. Auf Anforderung ist der Gesamtbetrag der Einkünfte durch Vorlage einer Kopie des Steuerbescheides oder, wenn dieser nicht oder noch nicht vorliegt, durch andere geeignete Unterlagen nachzuweisen.</p>
<b>Behandlung durch nahe Angehörige</b> (Wegfall § 8 Absatz 1 Nummer 7)	<p>→ <b>Der Ausschluss der Beihilfe für Aufwendungen von Untersuchungen und Behandlungen durch nahe Angehörige wurde aufgehoben.</b></p> <p>Bisher waren Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen durch Ehe-/Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder (nahe Angehörige) grundsätzlich ausgeschlossen. Erstattungsfähig waren lediglich die tatsächlich entstandenen Sachkosten.</p>
<b>Zahnärztliche Leistungen – Kieferorthopädie</b> (§ 15a Absatz 2 Nummer 4 entfällt)	<p>→ <b>Bei kieferorthopädischen Leistungen für Erwachsene entfällt die bisherige Voraussetzung, dass eine sekundäre Anomalie vorliegen muss, die erst im Erwachsenenalter erworben wurde.</b></p> <p>Die kieferorthopädische Behandlung im Erwachsenenalter muss medizinisch indiziert sein, ästhetische Gründe sind ausgeschlossen, des Weiteren darf keine Behandlungsalternative vorhanden sein und es müssen erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion vorliegen.</p>

<p><b>Zahnärztliche Leistungen – Material- und Laborkosten</b> (§ 16 Absatz 1)</p>	<p>→ <b>Material- und Laborkosten bei prothetischen Leistungen sind nun zu 60 % erstattungsfähig.</b></p> <p>Material- und Laborkosten zu Zahnersatz (Prothetik) waren bisher zu 40 % erstattungsfähig. Die Beteiligung der Beihilfe hat sich erhöht.</p>
<p><b>Psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie</b> (§ 18, 18a, 20, 20a)</p>	<p>→ <b>„Akutbehandlungen“ in der Regel bis zu 24 Sitzungen erstattungsfähig</b></p> <p>Akutbehandlungen zur Besserung akuter psychischer Krisen sind für Erwachsene mit bis zu 24 Sitzungen, bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und bei Personen mit geistiger Behinderung bis zu 30 Sitzungen erstattungsfähig. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent weiterer Behandlungen anzurechnen.</p> <p>→ <b>Neue Leistung: „Systemische Therapie“</b></p> <p>Diese Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Schwerpunkt auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen, insbesondere auf Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie und deren sozialer Umwelt liegt. Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben als Einzel- oder Gruppenbehandlung bis zu 36 Sitzungen erstattungsfähig. Darüber hinaus sind in Ausnahmefällen weitere 12 Sitzungen erstattungsfähig.</p> <p>→ <b>Kurzzeittherapie“ bis zu 24 Sitzungen ohne vorherige Genehmigung</b></p> <p>Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung erstattungsfähig. 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.</p>
<p><b>Arzneimittel</b> (§ 22 Absatz 2 Nummer 6 und Absatz 3)</p>	<p>→ <b>Verhütungsmittel (zum Beispiel die „Pille“) werden nun bis zum 22. Lebensjahr erstattet</b></p> <p>Mittel zur Verhütung wurden bisher bis zum 20. Lebensjahr erstattet.</p> <p>→ <b>Ausnahmeregelungen von den Arzneimittel Festbeträgen</b></p> <p>Für einige Arzneimittel sind in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) Festbeträge vorgesehen. Arzneimittel die in der GKV einem Festbetrag unterliegen, werden von der Beihilfe grundsätzlich bis zum Festbetrag erstattet. Analog zur GKV gibt es folgende Ausnahmen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. in medizinisch begründeten Einzelfällen. <i>Hinweis PBeaKK: Ein medizinisch begründeter Einzelfall liegt beispielsweise vor, wenn ein Generikum erhebliche Nebenwirkungen verursacht. Die Überprüfung erfolgt im Einzelfall, gegebenenfalls unter Einbeziehung von medizinischen Sachverständigen.</i></li> <li>b. wenn nach der Arzneimittelrichtlinie die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgeschlossen ist (§ 129 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)</li> </ol>

<b>Häusliche Krankenpflege</b> (§ 27 Absatz 2)	<p>→ <b>Medizinische Behandlungspflege bei vollstationärer Pflege oder in Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen</b></p> <p>Personen, die in vollstationären (Pflege-)Einrichtungen (nach § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch) oder in Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch untergebracht sind, sind erstattungsfähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht und die Leistungserbringung nicht zu den Aufgaben der Einrichtungen oder Räumlichkeiten gehört.</p>
<b>Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen</b> (§ 24)	<p>→ <b>Neue Leistung: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen</b></p> <p>Diese Leistung schließt sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung oder eine stationäre Rehabilitation an und erfüllt damit eine wesentliche Aufgabe der Sozialmedizin. Bei chronisch Kranken oder schwerstkranken Personen, die das 14., in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen unter bestimmten Voraussetzungen erstattungsfähig.</p>
<b>Krankenhaus (zugelassenes Krankenhaus)</b> (§ 26)	<p>→ <b>Bei einer gesondert berechneten Unterkunft (Zweibettzimmer) ist der Satz der jeweiligen Fachabteilung maßgebend</b></p> <p>Aufwendungen für eine gesondert berechnete Unterkunft sind erstattungsfähig bis zur Höhe eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung abzüglich 14,50 Euro täglich.</p> <p>→ <b>Unterbringung einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Begleitperson, wenn eine Mitaufnahme in das Krankenhaus nicht möglich ist.</b></p> <p>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.</p>
<b>Krankenhaus (Privatklinik)</b> (§ 26a)	<p>→ <b>Aufwendungen in Privatkliniken (nicht zugelassene Krankenhäuser)</b></p> <p>Aufwendungen für Behandlungen in nicht zugelassenen Krankenhäusern (Privatkliniken) sind beihilfefähig für</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Allgemeine Krankenhausleistungen, bis zum Betrag der auf Basis des Fallpauschalenkatalogs ermittelt wird, ausgegliederte Personalpflegekosten sowie Zusatzentgelte, die im Zusatzentgeltkatalog vereinbart sind</li> <li>2. Leistungen, die nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) abgerechnet werden</li> </ol> <p>→ <b>Unterbringung einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Begleitperson, wenn eine Mitaufnahme in das Krankenhaus nicht möglich ist.</b></p> <p>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.</p>

<p><b>Fahrten</b> (§ 31 Absätze 1 bis 4)</p>	<p>Aus Anlass einer Krankheit sind Fahrten unter den in § 31 BBhV genannten Voraussetzungen erstattungsfähig. Es haben sich Änderungen bei den Voraussetzungen ergeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Ärztlich verordnete Verlegungsfahrten zu anderen Krankenhäusern sind nun ohne weitere Voraussetzungen erstattungsfähig.</b></li> <li>→ <b>Ärztlich verordnete Fahrten zu ambulanten Behandlungen sind nun ohne vorherige Zustimmung erstattungsfähig.</b></li> <li>→ <b>In folgenden Fällen ist die Vorlage einer ärztlichen Verordnung nicht notwendig:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bei Vorlage eines Schwerbehindertenausweises mit den Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blind) oder H (Hilfflos) oder bei vorliegendem Pflegegrad 3, 4 oder 5.</li> <li>▪ für Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie.</li> <li>▪ bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus nach vorheriger Zustimmung</li> </ul> </li> </ul> <p>Ist der Anlass der Fahrt aus den Belegen nicht ersichtlich, so ist dieser auf andere Weise nachzuweisen.</p>
<p><b>Rehabilitation – Anschlussheil- und Suchtbehandlung</b> (§ 34 Absatz 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Fahrtkosten bei Anschlussheil- und Suchtbehandlungen</b></li> </ul> <p>Erstattungsfähig sind bei Fahrten mit dem privaten PKW höchstens 200 Euro, bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, die tatsächlichen Aufwendungen in Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse. Die Taxinutzung ist nur erstattungsfähig, wenn auf Grund einer ärztlichen Bestätigung die Notwendigkeit der Beförderung nachgewiesen wird und die PBeaKK die Aufwendungen vorher anerkannt hat.</p>
<p><b>Rehabilitation</b> (§ 35 Absatz 2 und 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Erstattung von Fahrkosten</b></li> </ul> <p>Erstattungsfähig sind bei Fahrten mit dem privaten PKW höchstens 200 Euro, bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, die tatsächlichen Aufwendungen in Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse, höchstens 200 Euro.</p> <p>Fahrten mit einem Taxi sind nur bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen oder bei Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises mit Merkzeichen aG, BI oder H oder bei Pflegegrad 3, 4 oder 5 erstattungsfähig. Die Taxinutzung muss medizinisch notwendig sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Unterbringung einer aus medizinischen Gründen erforderlichen Begleitperson, wenn eine Mitaufnahme in die Rehabilitationseinrichtung nicht möglich ist.</b></li> </ul> <p>Ist bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in der stationären Rehabilitationseinrichtung jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson außerhalb der Rehabilitationseinrichtung bis zur Höhe der Kosten des niedrigsten Satzes der Einrichtung erstattungsfähig.</p>

<b>Pflegefälle – Einrichtungen der Behindertenhilfe (§39a)</b>	<p>→ <b>Die Regelung zu Einrichtungen der Behindertenhilfe wurde neu gefasst.</b></p> <p>Aufwendungen für Pflege, Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Satz 1 gilt auch für pflegebedürftige Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden.</p>
<b>Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 40a)</b>	<p>→ <b>Neue Leistung: Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase</b></p> <p>Zugelassene Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Der erstattungsfähige Betrag richtet sich nach der Vergütungspauschale entsprechend § 15 der Bundesvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband mit den Trägern vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung vom 13. Dezember 2017.</p>
<b>Früherkennung und Vorsorge (§41)</b>	<p>→ <b>Neue Leistung: HIV Prophylaxe für Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.</b></p> <p>Die Leistung beinhaltet eine ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV und Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.</p> <p>→ <b>Neue Leistung: Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind</b></p> <p>Eine Präexpositionsprophylaxe liegt vor, wenn eine HIV-negative Person zum Schutz vor einer HIV-Infektion vorbeugend antiretrovirale Medikamente einnimmt.</p>
<b>Beihilfebemessungssatz während der Elternzeit (§46 Absatz 3)</b>	<p>Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der erstattungsfähigen Aufwendungen gewährt. Der Bemessungssatz der Beihilfe beträgt mindestens 50%.</p> <p>→ <b>Während der Elternzeit beträgt der Bemessungssatz der Beihilfe 70%.</b></p>

<p><b>Beihilfe bei freiwilliger Versicherung die der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) (§ 47 Absatz 5)</b></p>	<p>Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen, die in der GKV freiwillig versichert sind, erhalten für beihilfefähige Leistungen, grundsätzlich Beihilfe mit einem Bemessungssatz von 50 %, 70% oder 80%.</p> <p>→ <b>Bei Personen, die freiwillig in der GKV versichert sind, beträgt der Bemessungssatz 100%, wenn GKV nur teilweise leistet</b></p> <p>Bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Leistungen und Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Dies gilt nicht für beihilfefähige Aufwendungen, wenn für diese keine Leistungen oder Erstattungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.</p>
<p><b>Eigenbehalte (§ 49 Absatz 4 Nummer 4 und Nummer 9)</b></p>	<p>Bei Arzneimitteln sind grundsätzlich Eigenbehalte (Zuzahlungen) zu leisten.</p> <p>→ <b>Neu: keine Eigenbehalte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für Arzneimittel zur künstlichen Befruchtung</li> <li>▪ Bei Arzneimitteln, die zurückgerufen wurden, wenn auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde vorgenommenen Einschränkung der Verwendbarkeit eines Arzneimittels erneut ein Arzneimittel verordnet werden musste.</li> </ul>
<p><b>Übergangsregelung (§ 58 Absatz 4)</b></p>	<p>→ <b>Sonderregelung bei Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern aufgrund Covid-19-Pandemie</b></p> <p>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.</p>
<p><b>Hilfsmittel (Anlage 11 zu § 25 BBhV)</b></p>	<p>→ <b>Otoplastik für ein Hörgerät ist im Höchstbetrag von 1.500 Euro enthalten</b></p> <p>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) sind alle fünf Jahre einschließlich der Nebenkosten erstattungsfähig, 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 Taubheit grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten.</p> <p>→ <b>Perücke kann nun nach 1 Jahr beziehungsweise nach 2 Jahren erneut beschafft werden</b></p> <p>Bisher waren Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke erstattungsfähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen waren oder sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.</p> <p>Nun werden Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke erstattet, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Kunststoff ein Jahr und einer Perücke aus Echthaar zwei Jahre vergangen sind oder sich bei Kindern vor Ablauf der vorgenannten Zeiträume die Kopfform geändert hat.</p>

<p><b>Ganz und teilweise ausgeschlossene Methoden</b> (Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV)</p>	<p>→ <b>Visusverbessernde Maßnahmen bedürfen der vorherigen Zustimmung</b></p> <p>Chirurgische Hornhautkorrekturen durch Laser oder Visusverbesserungen durch Austausch der natürlichen Linse oder Einsatz additiver Linsen im Auge sind mit vorheriger Zustimmung der PBeaKK möglich. Die Voraussetzung: Es darf keine medizinische Alternative bestehen. Beispiel hierfür: Die Korrektur ist durch Brille oder Kontaktlinsen nicht möglich.</p> <p>→ <b>Erstattungsfähige Höchstbeträge bei Kunstlinsen, auch bei einer Kataraktoperation</b></p> <p>Kunstlinsen bei erstattungsfähigen Operationen sind bis zu 270,00 Euro je Linse erstattungsfähig.</p>
<p><b>Hilfsmittel – Sehhilfen</b> (Anlage 11 zu § 25 BBhV)</p>	<p>→ <b>Sehhilfen sind, wenn diese für die erstmalige Beschaffung von einer Augenärztin oder einem Augenarzt verordnet worden sind, erstattungsfähig. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker.</b></p> <p>Sehhilfen waren bisher nur bis zum 18. Lebensjahr oder bei einer schweren Sehbeeinträchtigung erstattungsfähig. Erstattet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ für ein Einstärkenglas (Nah-/oder Fernbereich) bis +/-6 Dioptrien: sphärisch je Glas 31,00 Euro und zylindrisch je Glas 41,00 Euro,</li> <li>▪ für ein Mehrstärkenglas (mit Nah- und Fernbereich) bis +/-6 Dioptrien: sphärisch je Glas 72,00 Euro und zylindrisch je Glas 92,50 Euro.</li> </ul> <p>Unter bestimmten Voraussetzungen werden noch weitere Zuschläge für vergütete Gläser mit Gläserstärken über +/-6 dpt zuzüglich je Glas 21,00 Euro, für Dreistufen- oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas 21,00 Euro, für Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas 21,00 Euro, für Kunststoffgläser und hochbrechende mineralische Gläser zuzüglich je Glas 21,00 Euro, für Lichtschutzgläser oder fototrope Gläser zuzüglich je Glas 11,00 Euro erstattet.</p>