Anlage 2

Erste Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Rechtsverordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung - BBhV)

Vom 17. Dezember 2009

Aufgrund § 57 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. Dezember 2009 (BGBl. I S. 3922) erlässt das Bundesministerium des Innern folgende Allgemeine Verwaltungsvorschrift:

Artikel 1

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Rechtsverordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung - BBhV) wird wie folgt geändert:

1. In Tz. 4.1.1 wird das Wort „beihilfeberecht“ durch das Wort „beihilfeberechtigt“ ersetzt.

2. In Tz. 4.1.5 werden folgende Sätze angefügt:

   „[4]Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben können unkenntlich gemacht werden. [5]Die Festsetzungsstelle kann andere Einkommensnachweise zulassen, wenn die oder der Beihilfeberechtigte den Steuerbescheid nicht vorlegen kann. [6]Aussagekraft und Beweiswert eines anderen Nachweises müssen dem amtlichen Steuerbescheid gleichwertig sein und alle von § 2 Absatz 3 EStG erfassten Einkünfte umfassen.“

3. Tz. 5.2 wird wie folgt gefasst:

   „5.2 Zu Absatz 2

   5.2.1 Mit der Regelung wird sichergestellt, dass ein Beihilfeanspruch aus einem Ruhegehalt dem Beihilfeanspruch als Witwe oder Witwer vorgeht.“

4. Tz. 5.4 wird wie folgt gefasst:

   „5.4 Zu Absatz 4

   5.4.1 Bei mehreren Beihilfeberechtigten mit unterschiedlichen Dienstherrn (z. B. Bund - Land; Bund - Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung nach dem Formblatt im Anhang 13 zu übersenden.“

5. Tz. 8.2.1 wird wie folgt gefasst:

   „[1]Nach § 76 BBG gehen gesetzliche Schadenersatzansprüche infolge Körperverletzung oder Tötung insoweit auf den Dienstherrn über, als er dienstrechtlich zu Leistungen verpflichtet ist, also auch bis zur Höhe des Beihilfeanspruchs zu beihilfefähigen Aufwendungen infolge der Schädigung. [2]Der Anspruchsübergang unterbleibt bei Schadenersatzansprüchen, die sich gegen einen mit der oder dem Verletzten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen richten. [3]Da es sich um einen gesetzlichen Forderungsübergang handelt, bedarf es für seine Wirksamkeit keiner Abtretung oder anderen Rechtshandlung. [4]Der Übergang erfolgt kraft Gesetzes und grundsätzlich im Zeitpunkt des Schadensereignisses. [5]Soweit der Anspruch auf den Dienstherrn übergegangen ist, kann der Verletzte nicht mehr, z. B. durch Vergleich, darüber verfügen. [6]Bei vertraglichen Schadenersatzansprüchen, insbesondere aus einem Behandlungsvertrag mit dem Arzt, ergibt sich der gesetzliche Forderungsübergang aus den parallel bestehenden gesetzlichen Schadenersatzansprüchen. [7]Soweit Schadenersatzansprüche ausnahmsweise nicht nach § 76 BBG erfasst werden und nicht auf den Dienstherrn übergehen, sind Aufwendungen in dem Umfang nicht beihilfefähig, wie der oder dem Beihilfeberechtigten ein Ersatzanspruch gegen Dritte zusteht. [8]Ein Anspruch auf Krankenhilfe gegenüber dem Jugendamt nach § 40 SGB VIII ist gegenüber der Beihilfe nachrangig (§ 10 Absatz 1 SGB VIII, VG Berlin vom 21.08.2008, VG 36 A 185.06) und deshalb nicht als Ersatzanspruch nach § 8 Absatz 2 von den Aufwendungen abzuziehen.“

6. Tz. 10.2 wird wie folgt gefasst:

   „10.2 Zu Absatz 2

   10.2.1 [1]Nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) besteht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit Wohnsitz in Deutschland ab dem 1. Januar 2009 die Pflicht, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrecht zu erhalten. [2]Wer weder gesetzlich versichert ist noch einen Anspruch auf Leistungen eines anderen Versorgungssystems wie freie Heilfürsorge hat, ist verpflichtet, den nicht von der Beihilfe abgedeckten Teil nach einem Tarif der privaten Krankenversicherung zu versichern, der mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei dem der Selbstbehalt die nach § 193 Absatz 3 Satz 1 zulässige Höhe nicht übersteigt. [3]Wird der Nachweis des Krankenversicherungsschutzes nicht erbracht, wird keine Beihilfe gewährt werden. [4]Wohnsitz ist der Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes.

   10.2.2 [1]Unabhängig vom Leistungsumfang genügt eine vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Teilversicherung der Versicherungspflicht, sofern keine konkreten Anhaltspunkte für die Annahme vorliegen, dass die oder der Beihilfeberechtigte für sich und berücksichtigungsfähige Angehörige die weder von der Beihilfe noch von der Krankenversicherung abgedeckten Krankheitskosten aus eigenen Mitteln nicht vollständig bestreiten kann. [2]Ein nur zahnärztliche Leistungen abdeckender Tarif beispielsweise ist keine Teilversicherung, die der Versicherungspflicht genügt. [3]Diese Verträge dürfen nicht so geändert werden, dass die Deckungslücke zwischen Versicherungsschutz und Beihilfeanspruch vergrößert wird. [4]Zusätzlich dürfen die

Selbstbehalte durch Änderungen nicht über die in § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG genannten Beträge hinaus erstmals oder weiter erhöht werden. [5]Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen steht Beihilfe zu, wenn sie rechtmäßig über keinen Versicherungsschutz verfügen, beispielsweise weil sich ihr Wohnsitz im Ausland befindet.

10.2.3 Ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht, da nach § 14 in Verbindung mit § 17 SGB IV und nach der Sozialversicherungsentgeltverordnung Beamtenbezüge nicht zum Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung zählen.

10.2.4 Ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten gilt als eine der Versicherungspflicht genügende Absicherung."

7. Tz. 15.1.3 wird wie folgt gefasst:

„15.1.3 Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurde, sofern der oder die Beihilfeberechtigte nicht in geeigneter Weise, z. B. durch Beihilfebescheide oder Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgebers glaubhaft machen kann (Urteil BVerwG vom 28.5.2008 - 2 C 12/07)."

8. In Tz. 18.2.2 wird folgender Satz 4 angefügt:

„[4]Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Anonymisierungscode zu verwenden."

9. Tz. 19 wird wie folgt gefasst:

„19 Zu § 19 Psychosomatische Grundversorgung

19.1 Zu Absatz 1 (bleibt frei)

19.2 Zu Absatz 2

19.2.1 [1]Ein „Krankheitsfall" umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode. [2]Der Begriff des Krankheitsfalls ist daher enger als der des Behandlungsfalls im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

19.3 Zu Absatz 3 (bleibt frei)".

10. Tz. 20 wird wie folgt gefasst:

„20 Zu § 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

20.1 Zu Absatz 1

20.1.1 Der Begriff des „Krankheitsfalls" ist derselbe wie in Tz. 19.2.1.

20.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

20.3 Zu Absatz 3 (bleibt frei)".

11. Tz. 21 wird wie folgt gefasst:

„21 Zu § 21 Verhaltenstherapie

21.1 Zu Absatz 1

21.1.1 Der Begriff des „Krankheitsfalls" ist derselbe wie in Tz. 19.2.1.

21.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)".

12. Nach Tz. 22.1.2 werden folgende Tz. angefügt:

„22.1.3 [1]Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig. [2]Das gilt nicht für solche Medizinprodukte, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktion zum Zwecke

a) der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten,
b) der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Verletzungen,
c) der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs

dienen und deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht wird, deren Wirkungsweise aber durch solche Mittel unterstützt werden kann. [3]Zu Medizinprodukten gehören auch Produkte, die einen Stoff oder eine Zubereitung aus Stoffen enthalten oder auf solche aufgetragen sind, die bei gesonderter Verwendung als Arzneimittel im Sinne des § 2 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG) angesehen werden können und die in Ergänzung zu den Funktionen des Produktes eine Wirkung auf den menschlichen Körper entfalten können.

22.1.4 Die beihilfefähigen Medizinprodukte sind abschließend in einer Übersicht als Anhang 10 aufgeführt.

22.1.5 Ein Medizinprodukt, welches im Hinblick auf seine therapeutische Zweckbestimmung derjenigen eines Arzneimittels entspricht, das nach der Verordnung nicht beihilfefähig ist, ist ebenfalls nicht beihilfefähig.

22.1.6 [1]Medizinprodukte sind nicht beihilfefähig, wenn bei ihrer Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. [2]Ausgeschlossen sind insbesondere Medizinprodukte, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion,

der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.“

13. In Tz. 22.2.1 wird Satz 4 gestrichen.

14. In Tz. 22.3.4 werden die Worte „15. Januar 2009“ durch die Worte „15. Juli 2009“ ersetzt.

15. Tz. 22.5 wird wie folgt gefasst:

„22.5 Zu Absatz 5

22.5.1 Besondere Arzneimittel, insbesondere Präparate mit hohen Jahrestherapiekosten oder Arzneimittel mit erheblichem Risikopotential, sind die in Anhang 12 aufgeführten Arzneimittel, bei denen aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit und des Therapieerfolges, besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das Übliche hinausgehen.

22.5.2 Die Aufwendungen für im Anhang 12 aufgeführte Arzneimittel sind nur beihilfefähig, wenn eine Abstimmung zwischen der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und der Ärztin oder dem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie, deren erforderliche Qualifikation ebenfalls dem Anhang 12 zu entnehmen ist, erfolgt ist. Das Verfahren zur Einholung der Zweitmeinung sollte von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt in Anlehnung der Festlegungen im Abschnitt Q der Arzneimittelrichtlinie erfolgen. Der Nachweis ist der Beihilfestelle vorzulegen.

22.5.3 Im Notfall ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ohne vorherige Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie möglich. Das Abstimmungsverfahren ist durch den behandelnden Arzt unverzüglich nachzuholen.

22.5.4 Wurde einer Beihilfeberechtigten, einem Beihilfeberechtigten, einer berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen vor Inkrafttreten der Verordnung bereits ein im Anhang 12 aufgeführtes besonderes Arzneimittel verordnet, ist das Abstimmungsverfahren bei weiterer Verordnung unverzüglich nachzuholen. Bis zum Vorliegen der Zweitmeinung können die Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt werden.

22.5.5 Bei der erstmaligen Behandlung in einem Krankenhaus mit einem im Anhang 12 aufgeführten besonderen Arzneimittel ist das Abstimmungsverfahren vom zuständigen Krankenhausarzt mit Beginn der Therapie einzuleiten und soweit möglich während der stationären Krankenhausbehandlung abzuschließen. Soweit das Abstimmungsverfahren im Krankenhaus nicht durchgeführt werden konnte, hat bei Weiteranwendung des Arzneimittels der behandelnde Arzt das Abstimmungsverfahren einzuleiten. Bis zum Vorliegen der Zweitmeinung können die Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt werden.“

16. Der Wortlaut von Tz. 22.2.8 wird durch die Angabe „(bleibt frei)“ ersetzt.

17. Die Tz. 30.6.10 wird wie folgt gefasst:

„Die Leistungserbringung und die Höhe der Vergütung richtet sich nach den geschlossenen Verträgen des § 132b des SGB V.“

18. Nach Tz. 35.1.5.1 wird folgende Tz. angefügt:

„35.1.5.2 [1]Die ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahme umfasst auch die mobile Rehabilitation. [2]Die mobile Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation. [3]Bei der mobilen Rehabilitation werden die Beihilfeberechtigten oder ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu Hause behandelt.“

19. Tz. 37 wird wie folgt gefasst:

„37 Zu § 37 Grundsatz

37.1 Zu Absatz 1 (bleibt frei)

37.2 Zu Absatz 2

37.2.1 [1]Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sowie Betreuungsleistungen. [2]Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 27 BBhV beihilfefähig.

37.2.2 Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

37.2.3 Krankheiten oder Behinderungen sind

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

37.2.4 [1]Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. [2]Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind im Bereich

- der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

37.2.5 Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

37.2.6 Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen:

Pflegestufe I — Erheblich Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegestufe II — Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegestufe III — Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

37.2.7 [1]Dem Antrag auf Beihilfe sind Nachweise über die Pflegebedürftigkeit, die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe sowie über das Vorliegen eines ggf. erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beizufügen. [2]Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit, die Stufe der Pflegebedürftigkeit sowie das Vorliegen eines ggf. erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch feststellen zu lassen (gesetzliche Verpflichtung). [3]Diese Feststellungen sind auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser von der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (z. B. Abschrift des Gutachtens, ggf. schriftliche Leistungszusage der Versicherung). [4]Ohne einen derartigen Nachweis ist eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vgl. § 22 VwVfG). [5]Entsprechendes gilt auch für das Vorliegen eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes bei Schwerstpflegebedürftigen.

37.2.8 [1]Besteht keine Pflegeversicherung, ist von der Festsetzungsstelle ein Gutachten einzuholen, aus dem die Pflegebedürftigkeit, die Zuordnung zu einer Pflegestufe sowie das Vorliegen eines ggf. erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch hervorgehen. [2]Die Beihilfe zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen wird entsprechend ihrem oder seinem Bemessungssatz nach § 46 gewährt.

37.2.9 Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist unter Berücksichtigung der rechtskräftigen Feststellung der Pflegeversicherung über den Widerspruch zu entscheiden.

37.2.10 [1]Die Beschäftigung und Betreuung z. B. in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 37. [2]Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für Behinderte sind deshalb nicht beihilfefähig. [3]Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).“

20. Tz. 38 wird wie folgt gefasst:

„38 Zu § 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege

38.1 Zu Absatz 1

38.1.1 [1]Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind entsprechend den Pflegestufen beihilfefähig die Aufwendungen je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

   a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

   a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 1 040 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

   a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012.

38.1.2 Als Pflegeeinsatz gilt die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung jeweils zusammenhängend erbringt.

38.1.3 Geeignete Pflegekräfte im Sinne des Absatzes 1 sind Personen, die

- bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegediensten) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Absatz 1, § 72 SGB XI) oder
- bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Absatz 2 SGB XI) oder
- mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag (nach § 77 Absatz 1 SGB XI) geschlossen haben.

38.1.4 Soweit die Pflegekassen in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 918 Euro monatlich gewähren, weil ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss, sind auch diese weiteren Pflegeeinsätze beihilfefähig.

38.1.5 [1]Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege (§ 27 BBhV) sind gesondert beihilfefähig. [2]Zur Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege kann der Maßstab der sozialen oder privaten Pflegeversicherung herangezogen werden.

38.1.6 [1]Der Abrechnung für die individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater sind die von den Pflegekassen oder den privaten Versicherungsunternehmen nach § 7a Absatz 4 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch getragenen Vergütungen zugrunde zu legen. [2]Die Beihilfegewährung erfolgt auf der Basis entsprechender Nachweise der Pflegekasse oder Pflegeversicherung.

38.2 Zu Absatz 2

38.2.1 Andere als in Absatz 1 genannte Pflegekräfte sind Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig eine Pflegebedürftige oder einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen.

38.2.2 [1]Die Höhe der Pauschalbeihilfe ist entsprechend den Pflegestufen beihilfefähig und beträgt monatlich

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I

   a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II

   a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III

   a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.

38.2.3 [1]Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 26 BBhV, der stationären Rehabilitation nach § 35 BBhV oder der stationären Pflege nach § 39 BBhV für Pflegebedürftige geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. [2]Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. [3]Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 26 BBhV), einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 27 BBhV) oder stationären Rehabilitation (§ 35 BBhV). [4]Bei Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 SGB XII Anwendung findet, wird die Pauschalbeihilfe oder anteilige Pauschalbeihilfe auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gewährt.

38.2.4 [1]Entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von Satz 3 sind z. B. solche nach § 35 Absatz 1 BVG, § 34 BeamtVG. [2]Dies gilt nicht für Leistungen nach § 64 SGB XII

(Pflegegeld durch einen Träger der Sozialhilfe). [3]Sozialleistungen nach dem SBG XII sind grundsätzlich nachrangig gegenüber sonstigen zustehenden Leistungen. [4]Die Gewährung der Beihilfe darf nicht mit Hinweis auf Leistungen nach dem SGB XII versagt werden (§ 2 Absatz 2 Satz 2 SGB XII). [5]Gegenüber der Pauschalbeihilfe sind Entschädigungsleistungen nach § 35 BVG vorrangig und Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c BVG nachrangig.

38.2.5 [1]Für Pflegepersonen nach 38.2.1 sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 in Verbindung mit § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. [2]Die Beiträge sind nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c SGB VI von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. [3]Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus den Informationen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zur Durchführung der Rentenversicherung der Pflegepersonen durch die Festsetzungsstellen der Beihilfe, die das Bundesministerium des Innern durch Rundschreiben bekannt gibt. [4]Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. [5]Die Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht. [6]Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt die private oder die soziale Pflegeversicherung, nicht jedoch die Festsetzungsstelle.

38.2.6 [1]Nach § 44a SGB XI haben Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV wird, auf Antrag Anspruch gegenüber der jeweiligen Beihilfestelle auf zusätzliche Leistungen, wenn sie nahe Angehörige pflegen, die Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige sind. [2]Das Pflegezeitgesetz ist auf Beamtinnen und Beamte als Pflegepersonen nicht anzuwenden. Für Beamtinnen und Beamte gilt § 92 Absatz 5 BBG.

38.2.7 [1]Zusätzliche Leistungen nach Nummer 38.2.6 sind die Entrichtung des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung und die Gewährung eines Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Pflegeperson. [2]Soweit Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe haben oder berücksichtigungsfähige Angehörige sind, werden die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und der Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag von der Pflegeversicherung bzw. den Pflegekassen und den Festsetzungsstellen anteilig gezahlt.

38.2.7.1 [1]Zur Ermittlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden den Festsetzungsstellen von den Pflegekassen bzw. den privaten Pflegeversicherungsunternehmen spätestens am Ende der Pflegezeit folgende Informationen übermittelt (vgl. Abschnitt V Nummer 2 und Anlage 4 des Gemeinsamen Rundschreibens):

- Familien- und Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Pflegebedürftigen,
- Familienname, Vorname und Geburtsdatum und Anschrift der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt (arbeitslosenversicherungspflichtige Pflegeperson),
- die Rentenversicherungsnummer der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt (soweit bekannt),
- Beginn und Ende der Beitragspflicht sowie Rechtskreiskennzeichnung („Ost“ oder „West“),
- Angaben zum Beihilfeberechtigten, falls der Pflegebedürftige keinen eigenen Beihilfeanspruch hat.

[2]Eine Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge durch die Festsetzungsstelle ergibt sich erst nach Erhalt dieser Mitteilung.

38.2.7.2 [1]Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung erfolgt als Gesamtbeitrag für das Kalenderjahr (Beitragsjahr), in dem eine Person Pflegezeit in Anspruch genommen hat (§ 349 Absatz 5 Satz 2 SGB III). [2]Die Beiträge sind aufgrund der Mitteilungen (Nummer 2.1) unabhängig von der Stellung eines Beihilfeantrages im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt (erste Fälligkeit somit zum 31. März 2009). [3]Dabei sind eventuelle Überzahlungen oder Minderzahlungen aus vorherigen Beitragsjahren auszugleichen. [4]Geht für das abzurechnende Beitragsjahr die Mitteilung bei der Festsetzungsstelle bis zum 28. Februar bzw. 29. Februar des Folgejahres ein, sind die Beiträge für die darin genannten Personen mit dem auf das abzurechnende Beitragsjahr entfallenden Beitrag zum 31. März desselben Jahres fällig. [5]Geht die Mitteilung dagegen nach dem 28. Februar bzw. 29. Februar ein, können die Beiträge mit dem Gesamtbeitrag des Folgejahres gezahlt werden.

Beispiel:

Eingang der Mitteilung 15.02.2009
Beitragspflicht vom 01.08.2008 bis 31.01.2009
Die Beiträge für die Zeit vom 01.08. bis 31.12.2008 sind in die spätestens am 31.03.2009 fällige Beitragszahlung einzubeziehen; der Beitrag für Januar 2009 ist bei der bis Ende März 2010 fälligen Beitragszahlung zu berücksichtigen.

38.2.7.3 [1]Nach § 345 Nummer 8 SGB III betragen die beitragspflichtigen „Einnahmen“ bei Personen in der Pflegezeit 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße

in der Sozialversicherung (§ 18 Absatz 1 SGB IV). [2]Wird die Pflegetätigkeit im Beitrittsgebiet ausgeübt, ist die dort geltende Bezugsgröße (Bezugsgröße [Ost], § 18 Absatz 2 SGB IV) maßgebend. [3]Der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt der Pflegeperson ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich. [4]Ausgehend von der geltenden Bezugsgröße im Kalenderjahr 2008 in Höhe von 2 485 Euro (West) bzw. 2 100 Euro (Ost), betragen die beitragspflichtigen Einnahmen 248,50 Euro (West) bzw. 210 Euro (Ost) monatlich. [5]Die Beiträge werden nach einem Prozentsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben. [6]Maßgebend ist der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung, der in dem Zeitraum gilt, für den die Freistellung von der Arbeitsleistung nach dem Pflegezeitgesetz wirksam ist. [7]Im Kalenderjahr 2008 beträgt der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung 3,3 Prozent. [8]Daraus errechnet sich für das Jahr 2008 ein monatlicher Gesamtbeitrag in Höhe von 8,20 Euro (West) bzw. 6,93 Euro (Ost). [9]Im Kalenderjahr 2009 beträgt der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung 2,8 Prozent und die monatliche Bezugsgröße in der Sozialversicherung für den Bereich Ost 2 135 Euro und für den Bereich West 2 520 Euro.

38.2.7.4 [1]Der Gesamtbeitrag ist auf das Konto der Bundesagentur für Arbeit Nummer 760 016 00 bei der Deutschen Bundesbank, Filiale Nürnberg, BLZ 760 000 00 zu überweisen. [2]Eine Trennung nach den Rechtskreisen „Ost“ und „West“ ist nicht erforderlich. [3]Die in den Überweisungsbeleg zu übernehmenden Angaben ergeben sich aus Abschnitt III Nummer 4.1 des Gemeinsamen Rundschreibens. [4]Die „Betriebsnummer“ der zahlenden Stelle ist auch für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen erforderlich. [5]Sofern die Betriebsnummer nicht bereits vorhanden ist, muss sie bei der örtlichen Agentur für Arbeit, in deren Bezirk die Festsetzungsstelle liegt, beantragt werden. [6]Nähere Informationen sind unter der Internetadresse www.arbeitsagentur.de einzusehen.

38.2.7.5 Der Zuschuss zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen wird gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, für eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist.

38.2.7.6 [1]Die Höhe des Zuschusses für die Krankenversicherung ergab sich bis zum 31.12.2008

- für gesetzlich Krankenversicherte aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zuzüglich 0,9 Prozentpunkte mit dem 90sten Teil der monatlichen Bezugsgröße (828,33 Euro). Bei Zweifeln kann der Beitragssatz durch Rückfrage bei der Krankenkasse oder im Internet (z. B. unter www.krankenkassentarife.de) ermittelt werden,
- für nicht gesetzlich Krankenversicherte und für Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenkassen aus der Multiplikation des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes (im Jahr 2008 14,0 %) zuzüglich 0,9 Prozentpunkte mit dem 90sten Teil der monatlichen Bezugsgröße (828,33 Euro) und betrug somit im Jahr 2008 123,42 Euro monatlich.

[2]Seit dem 1. Januar 2009 wird der höchstmögliche Zuschuss für die Krankenversicherung aus der Multiplikation des bundeseinheitlichen Beitragssatzes (15,5 %) mit dem 90sten Teil der monatlichen Bezugsgröße (im Jahr 2009 840 Euro) errechnet. [3]In der Zeit vom 01.01.2009 bis 30.06.2009 betrug der bundeseinheitliche Beitragssatz 15,5 %, womit sich ein höchstmöglicher Zuschuss von 130,20 Euro ergibt. [4]Seit dem 01.07.2009 beträgt der bundeseinheitliche Beitragssatz 14,9 % und der höchstmögliche Zuschuss damit 125,16 Euro. [5]Bei einem bundeseinheitlichen Beitragssatz von 14,9 % und einer monatlichen Bezugsgröße von 851,70 Euro im Jahr 2010 beträgt der höchstmögliche Zuschuss ab 01.01.2010 126,90 Euro. [6]Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung errechnet sich aus der Multiplikation des Beitragssatzes von 1,95 % zuzüglich gegebenenfalls des Zuschlags für Kinderlose von 0,25 % (nur bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung) mit dem 90sten Teil der monatlichen Bezugsgröße (2009: 840 Euro) und beträgt im Jahr 2009 16,38 Euro (bzw. 18,48 Euro für Kinderlose) monatlich. [7]Bei einer monatlichen Bezugsgröße ab 01.01.2010 von 851,70 Euro beträgt die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung im Jahr 2010 16,61 Euro bzw. 18,74 Euro für Kinderlose. [8]Der Zuschuss darf nicht höher sein als der gezahlte Beitrag. [9]Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind durch entsprechende Bescheinigungen der Kranken- bzw. Pflegekassen und der Unternehmen der privaten Krankenversicherung nachzuweisen.

38.2.7.7 [1]Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. [2]Für den Antrag ist das Formblatt im Anhang 11 zu verwenden.

Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind unverzüglich der für die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen zuständigen Festsetzungsstelle mitzuteilen.

38.2.7.8 [1]Die Abführung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge sowie die Auszahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt durch die für die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen zuständige Festsetzungsstelle. [2]Die Unterlagen über die Zahlung von Arbeitslosenversicherungsbeiträgen und Zuschüssen zur Kranken- und Pflegeversicherung sind fünf Jahre aufzubewahren.

38.3 Zu Absatz 3

38.3.1 Bei einer Kombination der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

Beispiele:

1. Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (490 Euro von 980 Euro) und das Pflegegeld (210 Euro von 420 Euro) in Anspruch. Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

   a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 30 % von 490 Euro	= 147 Euro
- zum Pflegegeld 30 % von 210 Euro	= 63 Euro
Gesamt	= 210 Euro

   b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 70 % von 490 Euro	= 343 Euro
- Pauschalbeihilfe 210 Euro abzüglich 63 Euro der privaten Pflegeversicherung	= 147 Euro
Gesamt	= 490 Euro

2. Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (490 Euro von 980 Euro) und das Pflegegeld (210 Euro von 420 Euro) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. Als Person nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall von der Hälfte 50 %.

   a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 50 % von 490 Euro	= 245 Euro
- zum Pflegegeld 50 % von 210 Euro	= 105 Euro
Gesamt	= 350 Euro

   b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft in gleichem Wert der Leistung der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 46 Absatz 4)	= 245 Euro
- Pauschalbeihilfe 50 % von 420 Euro = 210 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 105 Euro	= 105 Euro
Gesamt	350 Euro

38.3.2 Ist in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgrund der Ausschöpfung des Leistungsrahmens nach § 36 Absatz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht möglich, ist die Gewährung von Aufwendungen für Leistungen nach § 38 Absatz 3 ebenfalls ausgeschlossen.

38.4 Zu § 38 Absatz 4

38.4.1 Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

38.5 Zu § 38 Absatz 5

38.5.1 [1]Aufwendungen einer teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind je Kalendermonat beihilfefähig

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu

   a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu

   a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 1 040 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu

   a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012.

[2]Hierbei gelten die jeweiligen Pflegeeinsätze als erbracht, soweit im Einzelfall nicht eine geringere Inanspruchnahme nachgewiesen wird. [3]Stellt die Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 vom Hundert des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.

38.5.2 [1]Aufwendungen für die häusliche Pflege nach den Absätzen 1 bis 3 können mit Aufwendungen der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege kombiniert werden. [2]Neben dem vollen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege besteht noch ein hälftiger Anspruch auf die weiterhin zu Hause notwendige Pflege. [3]Ebenso ist es umgekehrt möglich, neben der halben Ausschöpfung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege noch den Anspruch nach den Absätzen 1 bis 3 in vollem Umfang zu nutzen. [4]Der beihilfefähige höchstmögliche Gesamtanspruch bei Kombination von Tages- und Nachtpflege und der häuslichen Pflege nach den Absätzen 1 bis 3 beläuft sich auf 150 Prozent der Werte, die jeweils bei Tages- und Nachtpflege und den Aufwendungen nach den Absätzen 1 bis 3 vorgesehen sind.

Beispiele:

1. Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben der Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (100 % = 980 Euro) zu 50 % die Leistungen einer Berufspflegekraft (100 % = 980 Euro) in Anspruch

   a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung 100 % von 980 Euro	= 980 Euro
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 50 % von 980 Euro	= 490 Euro
Gesamt	= 1 470 Euro
Hiervon 30 %	= 441 Euro

   b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung 100 % von 980 Euro	= 980 Euro
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 50 % von 980 Euro	= 490 Euro
Gesamt	= 1 470 Euro
Hiervon 70 %	= 1 029 Euro

2. Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben der Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (100 % = 980 Euro) zu 50 % die Leistungen einer Berufspflegekraft (100 % = 980 Euro) in Anspruch. Als Person nach § 28 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 %.

   a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung 100 % von 980 Euro	= 980 Euro
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 50 % von 980 Euro	= 490 Euro
Gesamt	= 1 470 Euro
Hiervon 50 %	= 735 Euro

   b) Leistungen der Beihilfe

- es werden Beihilfeleistungen in wertmäßig gleicher Höhe gewährt	= 735 Euro

3. Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben dem Pflegegeld (100 % = 420 Euro) mit einem Anteil von 50 % die Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (100 % = 980 Euro) in Anspruch

   a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung 50 % von 980 Euro	= 490 Euro
- Pflegegeld 100 % von 420 Euro	= 420 Euro
Gesamt	= 910 Euro
Hiervon 30 %	= 273 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung
  50 % von 980 Euro = 490 Euro
- Pflegegeld
  100 % von 420 Euro = 420 Euro

  Gesamt = 910 Euro
  Hiervon 70 % = 637 Euro

4. Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben dem Pflegegeld (100 % = 420 Euro) zu 50 % die Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (100 % = 980 Euro) in Anspruch. Als Person nach § 28 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 %.

   a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

   - zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung
     50 % von 980 Euro = 490 Euro
   - Pflegegeld
     100 % von 420 Euro = 420 Euro

     Gesamt = 910 Euro
     Hiervon 50 % = 455 Euro

   b) Leistungen der Beihilfe

   - zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung werden Beihilfeleistungen in wertmäßig gleicher Höhe gewährt
     50 % von 490 Euro = 245 Euro

   - Pflegegeld
     420 Euro ./. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung
     (50 % aus 420 Euro = 210 Euro) = 210 Euro

     Gesamt = 455 Euro

5. Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II Kombinationsleistungen nach Absatz 3 (Berufspflegekraft 70 %; Pflegegeld 30 %) in Anspruch. Daneben nimmt er die Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (50 %) in Anspruch. Die vollen Leistungsansprüche für Berufspflegekräfte und in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege betragen 980 Euro, das volle Pflegegeld beträgt 420 Euro. Maximal stehen dem Versorgungsempfänger 150 % von 980 Euro zu = 1 470 Euro.

   a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

   - zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung
     50 % von 980 Euro = 490 Euro
   - zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
     70 % von 980 Euro = 686 Euro
   - Pflegegeld
     30 % von 420 Euro = 126 Euro

     Gesamt = 1 302 Euro
     Hiervon 30 % = 390,60 Euro

   b) Leistungen der Beihilfe

   - zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung
     50 % von 980 Euro = 490 Euro
   - zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
     70 % von 980 Euro = 686 Euro
   - Pflegegeld
     30 % von 420 Euro = 126 Euro

     Gesamt = 1 302 Euro
     Hiervon 70 % = 911,40 Euro

6. Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II Kombinationsleistungen (Berufspflegekraft 70 %; Pflegegeld 30 %) in Anspruch. Daneben nimmt er die Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (50 %) in Anspruch. Die vollen Leistungsansprüche für Berufspflegekräfte und in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege betragen 980 Euro, das volle Pflegegeld beträgt 420 Euro. Maximal stehen dem Versorgungsempfänger 150 % von 980 Euro zu = 1 470 Euro. Als Person nach § 28 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 %.

   a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

   - zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung
     50 % von 980 Euro = 490 Euro
   - zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
     70 % von 980 Euro = 686 Euro
   - Pflegegeld
     30 % von 420 Euro = 126 Euro

     Gesamt = 1 302 Euro
     Hiervon 50 % = 651 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung und der Berufspflegekraft werden Beihilfeleistungen in wertmäßig gleicher Höhe gewährt
  50 % von 1 176 Euro = 588 Euro
- Pflegegeld (30 % von 420 Euro = 126 Euro ./. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung = 63 Euro

Gesamt = 651 Euro

Achtung!
Besteht der Anspruch auf die häusliche Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat, werden die Aufwendungen nach Absatz 1 abweichend zur Pauschalbeihilfe **nicht** entsprechend gekürzt.

38.6 Zu § 38 Absatz 6

38.6.1 Wird ein dauernd Pflegebedürftiger vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung gepflegt (Kurzzeitpflege), sind die Pflegeaufwendungen bis zu 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, bis zu 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 im Kalenderjahr beihilfefähig.

38.6.2 [1]Beihilfen zu Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege können gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse bewilligt hat. [2]Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt.

38.6.3 [1]Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. [2]Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 39 SGB XI. [3]Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird Beihilfe in gleicher Höhe gewährt.

38.7 Zu § 38 Absatz 7

38.7.1 [1]Die zusätzlichen Betreuungsleistungen können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. [2]Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. [3]Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

38.8 Zu § 38 Absatz 8 (bleibt frei)

38.9 Zu § 38 Absatz 9 (bleibt frei)“.

21. Tz. 39 wird wie folgt gefasst:

„39 Vollstationäre Pflege

39.1 Zu Absatz 1

39.1.1 Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege pauschal

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I
   1 023 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II
   1 279 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
   a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,
4. für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind,
   a) 1 750 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 1 825 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 1 918 Euro ab 1. Januar 2012,

monatlich.

39.1.2 [1]Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. [2]Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Absatz 3 SGB XI).

39.1.3 Pflegezuschläge nach § 84 Absatz 2 Satz 2 Halbsatz 2 SGB XI sowie besonders pauschalierte Pflegesätze nach § 8 Absatz 3 Satz 3 SGB XI gelten als pflegebedingte Aufwendung im Sinn des Absatzes 1.

39.1.4 Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.

39.1.5 [1]Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für vollstationäre Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. [2]Das heißt, dass der Pflegeplatz im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten ist. [3]Abweichend hiervon verlän-

gert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. [4]Dabei sind in den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzusehen.

39.1.6 Ein Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen der stationären Pflege endet mit dem Tag, an dem die Heimbewohnerin oder der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt.

39.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

39.3 Zu Absatz 3

39.3.1 [1]Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten gehören nicht zu den Aufwendungen, die in die Pflegevergütung einbezogen werden dürfen. [2]Bei diesen Aufwendungen handelt es sich nicht um pflegebedingten Aufwand. [3]Zu den Investitionskosten gehören alle Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die zum Betrieb der Einrichtung erforderlichen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen oder wiederzubeschaffen, instand zu setzen oder instand zu halten, sowie Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung bzw. Mitbenutzung von Gebäuden und Grundstücken. [4]Darüber hinaus gehören sowohl die Anschubfinanzierung einer neuen Einrichtung sowie Maßnahmen zur Umstellung der Aufgaben sowie zur Schließung der Einrichtung zu den Investitionskosten.

39.3.2 Für Aufwendungen der Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitionskosten ist eine Beihilfe zu gewähren, soweit sie den Eigenanteil nach Absatz 3 Satz 2 überschreiten. Der nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibende Betrag wird mit einem Beihilfebemessungssatz von 100 Prozent erstattet (§ 47 Absatz 7). Eine Beihilfe für Aufwendungen der Unterkunft und Verpflegung kann auch für eine pflichtversicherte Ehegattin oder einen pflichtversicherten Ehegatten gewährt werden, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen.

39.3.3 Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen; dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.

39.3.4 Bei der Berechnung der Einnahmen nach Absatz 3 Satz 2 bleiben unberücksichtigt:

- Einkommen von Kindern,
- Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) und
- Leistungsprämien nach § 42a des Bundesbesoldungsgesetzes.

39.3.5 [1]Ist die Ehegattin oder der Ehegatte berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. [2]Soweit die oder der Beihilfeberechtigte nachweist, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen der Ehegattin oder des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbständigen oder nichtselbständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. [3]Bei monatlich schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen.

39.3.6 Sofern nach Tz. 39.1.6 die Pauschalbeihilfe für stationäre Pflege nur anteilig als beihilfefähig anerkannt werden kann, ist auch das Einkommen nur anteilig zu berücksichtigen.

39.4 Zu Absatz 4

39.4.1 [1]Beihilfefähig sind zehn Prozent des nach § 75 Absatz 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 256,00 Euro monatlich. [2]Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

39.5 Zu Absatz 5

39.5.1 [1]Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. [2]Aufwendungen für Vergütungszuschläge sind beihilfefähig, wenn die vollstationäre Pflegeeinrichtung diese aufgrund von Vereinbarung berechnen darf. [3]Grundlage für die Beihilfegewährung ist die Entscheidung der jeweiligen Pflegeversicherung.

39.6 Zu Absatz 6 (bleibt frei)“.

22. In Tz. 41.1.1 wird Satz 2 wie folgt geändert:

a) In Nummer 3. werden die Worte „zuletzt geändert am 19. Juni 2008, BAnz. S. 3236, in Kraft getreten am 4. September 2008“ ersetzt durch die Worte „zuletzt geändert am 21. August 2008, BAnz. S. 4113, in Kraft getreten am 15. November 2008“.

b) In Nummer 5. werden die Worte „zuletzt geändert am 13. März 2008, BAnz. S. 2073, in Kraft getreten am 1. Juli 2008“ ersetzt durch die Worte „zuletzt geändert am 16. Oktober 2008, BAnz. 2009 S. 483, in Kraft getreten am 11. Februar 2009“.

23. Tz. 42.1.3.1 wird wie folgt gefasst:

„Nach dieser Vorschrift sind die Aufwendungen für von

Hebammen und Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen beihilfefähig, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Berufsverbänden der Hebammen und Entbindungspfleger und den Verbänden der von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe und die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen und der Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen geschlossen hat."

24. Tz. 45 wird wie folgt geändert:

    a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Entseuchung" ein Komma und das Wort „Gebärdensprachdolmetscher" eingefügt.

    b) Nach Tz. 45.2.1 werden folgende Tz. eingefügt:

    „45.3 Zu Nummer 3

    45.3.1 Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Gebärdensprachdolmetscherin oder eines Gebärdensprachdolmetschers oder einer anderen Kommunikationshilfe gelten die gleichen Voraussetzungen wie für den Anspruch auf eine Kommunikationshilfe im Verwaltungsverfahren. Als Kommunikationshilfe kommen Gebärdensprachdolmetscherinnen, Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscherinnen, Schriftdolmetscher oder andere nach der Kommunikationshilfeverordnung zugelassene Hilfen in Betracht. Als beihilfefähig anzuerkennen sind die nachgewiesenen Aufwendungen der oder des Beihilfeberechtigten bis zur Höhe der im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) vorgesehenen Sätze (derzeit 55 € pro Stunde für Dolmetscherinnen und Dolmetscher, § 9 Absatz 3 JVEG); entschädigt werden die Einsatzzeit zuzüglich erforderlicher Reisezeiten (§ 8 Absatz 2 JVEG) und erforderliche Fahrtkosten (§ 8 Absatz 1 Nummer 2 i. V. m. § 5 JVEG) der Kommunikationshilfe. Die Beihilfefähigkeit beschränkt sich auch dann auf den individuellen Bemessungssatz, wenn die ergänzende Krankenversicherung Leistungen für Kommunikationshilfen nicht gewährt. Anders als im Verwaltungsverfahren ist die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe z. B. beim Arztbesuch immer eine Sache der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen."

    c) Die bisherigen Tz. 45.3 und 45.3.1 werden die Tz. 45.4 und 45.4.1[1].

    d) Nach der neuen Tz. 45.4.1 wird folgende Tz. angefügt:

    „45.4.2 [1]Zum Verfahren von Organtransplantationen gilt das Rundschreiben vom 9. April 2002. [2]Die gültigen Pauschalen der Organisations- und Flugkosten im Rahmen von Organtransplantationen gibt das Bundesministerium des Innern durch Rundschreiben bekannt."

25. In Tz. 49.1.8 Satz 2 wird nach den Worten „jeweiligen Behandlungsfall" ein Komma und die Worte „bei teilstationärer Behandlung (Tagesklinik)" angefügt.

26. Nach Tz. 46.3.2 wird folgende Tz. angefügt:

    „46.3.3 Bei mehreren Beihilfeberechtigten mit unterschiedlichen Dienstherrn (z. B. Bund - Land; Bund - Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung nach dem Formblatt im Anhang 13 zu übersenden."

27. In Tz. 49.2.2 wird nach der Angabe „- ambulante Operationen im Krankenhaus" ein Komma und die Angabe „- Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus" angefügt.

28. In Tz. 50.1.2 Satz 5 wird das Wort „berücksichtungsfähige" durch das Wort „berücksichtigungsfähige" ersetzt.

29. Tz. 51.5.1 wird wie folgt neu gefasst:

    „[1]Grundsätzlich sind alle eingereichten Belege zu vernichten. [2]Die Vernichtung der Belege umfasst nicht nur die der Beihilfestelle in Papierform vorliegenden Belege, sondern auch die Löschung der gegebenenfalls elektronisch übersandten Belegdateien."

30. In Tz. 54.1.2 werden jeweils nach den Worten „nach § 93 SGB XII" die Worte „oder § 27g BVG" eingefügt.

31. In Tz. 54.1.3 werden nach den Worten „nach § 19 Absatz 5 SGB XII" die Worte „oder § 81b BVG" eingefügt.

32. Anhang 1 wird wie folgt geändert:

    1. Unter II. werden der Name „Dr. med. Ulrich Berns" und die Anschrift „Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover" gestrichen.

    2. Unter VII. werden der Name „Dr. med. Franz Rudolf Faber" und die Anschrift „Postfach 11 20, 49434 Neuenkirchen/Oldenburg" gestrichen.

Artikel 2

Diese Allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 24. Dezember 2009 in Kraft.

Berlin, den 17. Dezember 2009
D 6 - 213 100 - 1/19

Bundesministerium des Innern

Im Auftrag

Cornelia Peters

[1] Anmerkung des Ministeriums der Finanzen des Landes Brandenburg: Die bisherige Tz. „45.3" wird durch die Angabe „45.4 Zu Absatz 2" ersetzt.