Allgemeine Verwaltungsvorschrift
zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhVVwV)

Vom 26. Juni 2017

Nach § 145 Absatz 2 des Bundesbeamtengesetzes erlässt das Bundesministerium des Innern folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift:

Inhaltsübersicht

Kapitel 1
Allgemeine Vorschriften

1 zu § 1 – Regelungszweck 5
2 zu § 2 – Beihilfeberechtigte Personen 5
3 zu § 3 – Beamtinnen und Beamte im Ausland 6
4 zu § 4 – Berücksichtigungsfähige Personen 6
5 zu § 5 – Konkurrenzen 7
6 zu § 6 – Beihilfefähigkeit von Aufwendungen 9
7 zu § 7 – Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch 13
8 zu § 8 – Ausschluss der Beihilfefähigkeit 13
9 zu § 9 – Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen 16
10 zu § 10 – Beihilfeanspruch 17
11 zu § 11 – Aufwendungen im Ausland 18

Kapitel 2
Aufwendungen in Krankheitsfällen
Abschnitt 1
Ambulante Leistungen

12 zu § 12 – Ärztliche Leistungen 20
13 zu § 13 – Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern 20
14 zu § 14 – Zahnärztliche Leistungen 20

15 zu § 15 – Implantologische Leistungen 20

15a zu § 15a – Kieferorthopädische Leistungen 21

15b zu § 15b – Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 22

16 zu § 16 – Auslagen, Material- und Laborkosten 22

17 zu § 17 – Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamten auf Widerruf. 22

18 zu § 18 – Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung..... 22

18a zu § 18a – Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie 23

19 zu § 19 – Psychoanalytisch begründete Verfahren 26

20 zu § 20 – Verhaltenstherapie 26

21 zu § 21 – Psychosomatische Grundversorgung..... 27

Abschnitt 2
Sonstige Aufwendungen

22 zu § 22 – Arznei- und Verbandmittel 27

23 zu § 23 – Heilmittel..... 29

24 zu § 24 – Komplextherapie und integrierte Versorgung 31

25 zu § 25 – Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke..... 32

26 zu § 26 – Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern 33

26a zu § 26a – Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung..... 34

27 zu § 27 – Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit..... 34

28 zu § 28 – Familien- und Haushaltshilfe 36

29 zu § 29 – Familien- und Haushaltshilfe im Ausland..... 37

30 zu § 30 – Soziotherapie 38

30a zu § 30a – Neuropsychologische Therapie 38

31 zu § 31 – Fahrtkosten 38

32 zu § 32 – Unterkunftskosten..... 39

33 zu § 33 – Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten 40

Abschnitt 3
Rehabilitation

34 zu § 34 – Anschlussheil- und Suchtbehandlungen ... 40
35 zu § 35 – Rehabilitationsmaßnahmen ... 42
36 zu § 36 – Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen ... 45

Kapitel 3
Aufwendungen in Pflegefällen

37 zu § 37 – Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen ... 45
38 zu § 38 – Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen ... 47
38a zu § 38a – Häusliche Pflege ... 47
38b zu § 38b – Kombinationsleistungen ... 49
38c zu § 38c – Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson ... 51
38d zu § 38d – Teilstationäre Pflege ... 52
38e zu § 38e – Kurzzeitpflege ... 52
38f zu § 38f – Ambulant betreute Wohngruppen ... 53
38g zu § 38g – Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes ... 53
38h zu § 38h – Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen ... 54
39 zu § 39 – Vollstationäre Pflege ... 55
39a zu § 39a – Einrichtungen der Behindertenhilfe ... 60

39b zu § 39b – Aufwendungen bei Pflegegrad 1 ... 60
40 zu § 40 – Palliativversorgung ... 60

Kapitel 4
Aufwendungen in anderen Fällen

41 zu § 41 – Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen ... 62
42 zu § 42 – Schwangerschaft und Geburt ... 63
43 zu § 43 – Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch ... 64

44 zu § 44 – Überführungskosten 68
45 zu § 45 – Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe 68
45a zu § 45a – Organspende und andere Spenden 69
45b zu § 45b – Klinisches Krebsregister 69

Kapitel 5
Umfang der Beihilfe

46 zu § 46 – Bemessung der Beihilfe 70
47 zu § 47 – Abweichender Bemessungssatz 70
48 zu § 48 – Begrenzung der Beihilfe 73
49 zu § 49 – Eigenbehalte 73
50 zu § 50 – Belastungsgrenzen 75

Kapitel 6
Verfahren und Zuständigkeit

51 zu § 51 – Bewilligungsverfahren 79
52 zu § 52 – Zuordnung der Aufwendungen 83
53 zu § 53 – (weggefallen) 83
54 zu § 54 – Antragsfrist 83
55 zu § 55 – Geheimhaltungspflicht 85
56 zu § 56 – Festsetzungsstellen 85
57 zu § 57 – (weggefallen) 86

Kapitel 7
Übergangs- und Schlussvorschriften

58 zu § 58 – Übergangsvorschriften 86
59 zu § 59 – (unbesetzt) 87
60 – Inkrafttreten, Außerkrafttreten 87

Kapitel 1
Allgemeine Vorschriften

1 Zu § 1 – Regelungszweck

[1]Die Beihilfe ist eine eigenständige ergänzende beamtenrechtliche Krankenfürsorge. [2]Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die den Beamtinnen und Beamten und ihren Familien gegenüber bestehende beamtenrechtliche Fürsorgepflicht (§ 78 des Bundesbeamtengesetzes [BBG]), sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch eine zumutbare Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. [3]Die Fürsorgepflicht verlangt jedoch keine lückenlose anteilige Erstattung jeglicher Aufwendungen. [4]Neben Beamtinnen und Beamten können weitere Personengruppen auf Grund spezialgesetzlicher Verweisungen einen Beihilfeanspruch haben (vgl. z. B. § 27 Absatz 1 des Abgeordnetengesetzes [AbgG], § 46 des Deutschen Richtergesetzes [DRiG] und § 31 des Soldatengesetzes [SG]).

2 Zu § 2 – Beihilfeberechtigte Personen

2.1 Zu Absatz 1

Witwen oder Witwer und Waisen beihilfeberechtigter Personen, die Ansprüche nach Absatz 2 haben und damit zu den Personen nach Nummer 2 gehören, sind bereits von dem Tag an selbst beihilfeberechtigt, an dem die beihilfeberechtigte Person stirbt.

2.2 Zu Absatz 2

2.2.1 [1]Nach § 80 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 92 Absatz 5 Satz 1 BBG besteht ein subsidiärer Anspruch auf Beihilfe auch während einer Beurlaubung ohne Besoldung nach § 92 Absatz 1 Satz 1 BBG. [2]Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte bei einer beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig wird oder in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versichert ist (§ 92 Absatz 5 Satz 2 BBG). [3]Ist die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner einer Beamtin oder eines Beamten, die oder der aus familiären Gründen nach § 92 Absatz 1 BBG beurlaubt ist, gesetzlich krankenversichert, ist davon auszugehen, dass ein Zugang der Beamtin oder des Beamten zur Familienversicherung besteht. [4]Die beurlaubte Beamtin oder der beurlaubte Beamte hat den nicht bestehenden Anspruch auf Familienversicherung ggf. nachzuweisen.

2.2.2 [1]Während der Elternzeit besteht der Beihilfeanspruch fort. [2]Er verdrängt daher eine eventuelle Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 (§ 5 Absatz 1 Nummer 2).

2.3 **Zu Absatz 3**

2.3.1 [1]Nach § 27 Absatz 1 AbgG erhalten Mitglieder des Deutschen Bundestages und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger nach dem AbgG einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). [2]Unter den in § 27 Absatz 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.

2.3.2 Soweit Mitglieder des Deutschen Bundestages, die zugleich Mitglieder der Bundesregierung oder Parlamentarische Staatssekretärinnen oder Parlamentarische Staatssekretäre sind, sich für den Zuschuss nach § 27 Absatz 1 AbgG entscheiden, wird dieser von dem jeweils zuständigen Bundesministerium für den Deutschen Bundestag festgesetzt und gezahlt.

2.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

2.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

3 Zu § 3 – Beamtinnen und Beamte im Ausland

(unbesetzt)

4 Zu § 4 – Berücksichtigungsfähige Personen

4.1 **Zu Absatz 1**

4.1.1 [1]Bei der Prüfung des Einkommens berücksichtigungsfähiger Personen nach § 4 Absatz 1 (Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner) wird grundsätzlich auf den Zeitpunkt des Antragseingangs bei der Festsetzungsstelle abgestellt, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt die Aufwendungen entstanden sind. [2]Durch das grundsätzliche Abstellen auf den Zeitpunkt der Antragstellung ist ein „Schieben" der Aufwendungen in das Folgejahr möglich. § 54 Absatz 1 ist zu beachten.

4.1.2 [1]Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben auf dem Steuerbescheid können unkenntlich gemacht werden. [2]Die Festsetzungsstelle kann an Stelle des Steuerbescheides andere Einkommensnachweise fordern oder

zulassen, wenn die beihilfeberechtigte Person keinen Steuerbescheid vorlegen kann (z. B. bei Nichtveranlagung) oder der Steuerbescheid nicht alle von § 2 Absatz 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes (EStG) erfassten Einkünfte abbildet (z. B. Pauschalsteuer auf Zinseinkünfte).

4.2 **Zu Absatz 2**

4.2.1 [1]Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. [2]Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die der beihilfeberechtigten Person kein Familienzuschlag zusteht (Kinder von Beamtinnen und Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, Kinder beihilfeberechtigter Personen, die sich in Elternzeit befinden) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.

4.2.2 [1]Ein Anspruch auf Beihilfe für Kinder als berücksichtigungsfähige Personen besteht grundsätzlich so lange, wie der auf die Kinder entfallende Teil des Familienzuschlags nach dem Bundesbesoldungsgesetz (BBesG) oder dem Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) gezahlt wird. [2]Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat, und der auf die Kinder entfallende Teil des Familienzuschlags zurückgefordert wird.

4.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

5 Zu § 5 – Konkurrenzen

5.1 **Zu Absatz 1**

Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig.

5.2 **Zu Absatz 2**

5.2.1 Die Feststellung der Zuständigkeit soll unverzüglich zwischen den beteiligten Festsetzungsstellen erfolgen.

5.2.2 Nach Satz 2 schließt ein Beihilfeanspruch auf Grund eines Versorgungsanspruchs aus einem eigenen Dienstverhältnis einen abgeleiteten Beihilfeanspruch als Witwe oder Witwer aus.

5.3 **Zu Absatz 3**

5.3.1 [1]Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Person wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften nicht ausgeschlossen, sondern „geht vor“. [2]Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. [3]Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen Tarifbeschäftigten ein einzelvertraglicher oder tarifvertraglicher Beihilfeanspruch zusteht. [4]Die Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 ist zu beachten.

5.3.2 [1]Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Person ist ausgeschlossen. [2]Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

5.3.3 [1]Wird ein tarifvertraglicher Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen, der teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1 zusteht, entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gekürzt, besteht ein ergänzender Anspruch auf Beihilfe über die beamtete beihilfeberechtigte Person. [2]Die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen müssen erfüllt sein (vgl. § 4 Absatz 1). [3]Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund Tarifvertrags zustehende Beihilfe abzuziehen (§ 9 Absatz 1). [4]Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des Kapitels 3 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch der beamteten beihilfeberechtigten Person.

5.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

5.5 **Zu Absatz 5**

Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen mit unterschiedlichen Dienstherren (z. B. Bund – Land; Bund – Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung auf dem Formblatt nach Anhang 1 zu übersenden.

6 Zu § 6 – Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

6.1 Zu Absatz 1

6.1.1 [1]Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Beschluss vom 30. September 2011 – 2 B 66.11 –) sind krankheitsbedingte Aufwendungen notwendig, wenn die Leistung medizinisch notwendig ist. [2]Insoweit gilt § 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Notwendigkeit einer Krankenbehandlung) entsprechend. [3]Folglich sind Leistungen lediglich auf Verlangen, wie z. B. medizinisch-ästhetische Leistungen (so genannte Schönheitsoperationen) nicht notwendig, weil kein therapiebedürftiger krankheitswerter Zustand vorliegt. [4]So ist z. B. die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Brustneorekonstruktion bei angeborener Brustanomalie (OVG Koblenz, Beschluss vom 26. Mai 2015 – 2 A 10335/15.OVG –), eine Beinverlängerung bei Kleinwuchs (OVG Münster, Urteil vom 24. Januar 2011 – 1 A 527/08 –) oder einen chirurgischen Eingriff bei Ohrfehlstellungen (OVG Hamburg, Beschluss vom 18. Februar 2009 – 1 Bf 108/08.Z –) regelmäßig zu verneinen. [5]Unerheblich ist, ob das subjektive Empfinden des Betroffenen, sein körperlicher Zustand sei unzulänglich, psychische Störungen hervorruft. [6]Bei psychischen Störungen beschränkt sich die notwendige Krankenbehandlung auf eine psychotherapeutische Behandlung (§§ 18 bis 21). [7]Ein operativer Eingriff in den gesunden Körper, durch den einer psychischen Erkrankung entgegengewirkt werden soll, ist auch dann nicht beihilfefähig, wenn keine andere Möglichkeit der ärztlichen Hilfe besteht, weil eine psychotherapeutische Behandlung abgelehnt wird und damit keinen Erfolg verspricht (BVerwG, Beschluss vom 30. September 2011 – 2 B 66/11 – unter Hinweis darauf, dass

- generell zweifelhaft sei, ob körperliche Eingriffe zur Überwindung einer psychischen Krankheit geeignet seien,
- nach einem solchen Eingriff eine Symptomverschiebung zu besorgen sei und ansonsten Schönheitsoperationen auf Kosten der Allgemeinheit durchgeführt würden).

6.1.2 Aufwendungen nach Satz 2 umfassen neben Aufwendungen für Leistungen nach § 13 auch solche, bei denen die Leistung nicht von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht worden ist, weil das medizinische Fachpersonal nicht in der Lage ist, die Leistung selbst zu erbringen, diese aber dringend medizinisch geboten ist (z. B. Spezialuntersuchungen in wissenschaftlichen Instituten).

6.2 Zu Absatz 2

[1]Im Regelfall sind von der GKV anerkannte neue Behandlungsmethoden beihilfefähig. [2]Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein ärztliches Gutachten bestä-

tigt, ist vor einer beihilferechtlichen Anerkennung der die Fachaufsicht führenden Stelle zu berichten.

6.3 **Zu Absatz 3**

6.3.1 [1]Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zu Grunde zu legen sind. [2]Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einfachsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. [3]Der in der GOÄ und der GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten. [4]Liquidationen, die neben der Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen nach der GOÄ in Übereinstimmung mit der aktuellen Rechtslage auch die entsprechende Umsatzsteuer ausweisen, sind in vollem Umfang, das heißt einschließlich der Umsatzsteuer, beihilfefähig, z. B. bei der Abrechnung von Leistungen selbständig tätiger Beleg- oder Laborärztinnen und -ärzte.

6.3.2 [1]Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen sind die Gebühren nach der GOÄ oder GOZ auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt oder in deren oder dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit die Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung vorgeschrieben ist. [2]Als andere öffentliche Gebührenordnungen gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. [3]Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen Benutzer verbindlich sind. [4]Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden. [5]Abrechnungen nach dem „Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif“ sind ebenso anzuerkennen.

6.3.3 [1]Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G der Anlage zur GOÄ aufgeführt sind (§ 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). [2]Dabei handelt es sich um die Leistungen nach folgenden Nummern der Anlage zur GOÄ:

- Abschnitt B der Anlage: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95;
- Abschnitt G der Anlage: 808, 835, 845, 846, 847, 849, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.

[3]Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach den Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der Anlage zur GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren. [4]Sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der Anlage zur GOÄ beihilfefähig.

6.3.4 [1]Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Absatz 2 Satz 4, Absatz 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Absatz 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, kann sie nach Absatz 3 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Absatz 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Absatz 3 Satz 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. [2]Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war,
- einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Absatz 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z. B. Nummer 2382 der Anlage zur GOÄ und Nummer 6050 der Anlage 1 zur GOZ).

[3]Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. Mai 1996 – 2 C 10.95 – ist ein Überschreiten dann gerechtfertigt, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen. [4]Die Besonderheiten müssen „gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle“ auftreten. [5]Die Besonderheiten eines angewendeten Verfahrens können mithin alleine nicht eine Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen (siehe auch OVG Lüneburg, Urteil vom 13. November 2012 – 5 LC 222/11 –).

6.3.5 [1]Nach § 12 Absatz 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Absatz 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. [2]Bestehen bei der Festsetzungsstelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die Antragstellerin oder den Antragsteller bitten, die Begründung durch die Ärztin, den Arzt, die Zahnärztin oder den Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person veranlasst worden ist.

[3]Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung der beihilfeberechtigten Person eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer oder Zahnärztekammer oder einer medizinischen oder zahnmedizinischen Gutachterin oder eines medizinischen oder zahnmedizinischen Gutachters einzuholen. [4]Die beihilfeberechtigte Person ist nach § 51 Absatz 1 Satz 2 zur Mitwirkung verpflichtet. [5]Wird das Einverständnis nicht erteilt, ist Nummer 51.1.7 zu beachten.

6.3.6 [1]Nach § 2 Absatz 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). [2]Eine Abdingung der GOÄ/GOZ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig. [3]Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 Absatz 1 GOÄ/GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinne der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Absatz 1 und 3 GOÄ, § 5 Absatz 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend den Nummern 6.3.4 und 6.3.5 gerechtfertigt. [4]Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der die Fachaufsicht führenden Stelle im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern (BMI) zugelassen werden.

6.3.7 Ist die beihilfeberechtigte Person zivilgerichtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Ärztin oder eines Arztes verurteilt, ist die Vergütung regelmäßig als angemessen im Sinne des Beihilferechts anzuerkennen (vgl. BVerwG, Urteil vom 25. November 2004 – 2 C 30.03 –).

6.3.8 [1]Rechnungen, die auf Grund von Vereinbarungen, Verträgen zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Krankenkassen nach dem SGB V, Unternehmen der privater Krankenversicherungen oder Beihilfeträgern erstellt worden sind, bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. [2]Die Pauschalbeträge können als beihilfefähig anerkannt werden. [3]Dabei ist ausreichend, wenn in der Rechnung auf die Vereinbarung oder den Vertrag verwiesen wird. [4]Sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung unterschiedliche Tarifvereinbarungen mit den Leistungserbringern abgeschlossen haben, gilt dies nur für den Bereich des Grundtarifs, der im Regelfall bereits die Unterbringung im Zweibettzimmer umfasst. [5]Ausgewiesene Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot umfassen, beinhalten insoweit Leistungen, die nicht notwendig und wirtschaftlich angemessen sind. [6]Sie sind nur bis zur Höhe der Grundtarife beihilfefähig.

6.4 **Zu Absatz 4**

(unbesetzt)

6.5 **Zu Absatz 5**

(unbesetzt)

6.6 **Zu Absatz 6**

[1]Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es, auch dann eine angemessene Beihilfe zu gewähren, wenn

1. im konkreten Einzelfall Aufwendungen entstanden sind, für die nach den Regelungen der BBhV eine Beihilfe nicht oder nicht im vollen Umfang gewährt werden kann,
2. die Aufwendungen der Zweckbestimmung der Beihilfe unterfallen und
3. die Versagung der Beihilfe eine besondere Härte bedeuten würde.

[2]Eine besondere Härte liegt insbesondere dann vor, wenn

1. eine angemessene Selbstvorsorge nicht gewährleistet werden konnte,
2. eine unverschuldete Notlage vorliegt, in der die Belastung mit Krankheits- oder Pflegekosten den amtsangemessenen Unterhalt der beihilfeberechtigten Person und ihrer Familie gefährdet oder
3. durch die Anwendung der BBhV die betroffene Person in ihrer spezifischen Situation besonders hart getroffen ist.

[3]Ein besonderer Härtefall wird nicht bereits dann anzunehmen sein, wenn keine der besonderen Härtefallregelungen (z. B. § 39 Absatz 2, § 47 oder § 50 BBhV) einschlägig ist.

7 Zu § 7 – Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch

(unbesetzt)

8 Zu § 8 – Ausschluss der Beihilfefähigkeit

8.1 **Zu Absatz 1**

[1]Der Ausschluss nach Nummer 7 gilt auch im Falle der Behandlung durch eine angestellte Person in der Einzelpraxis einer in der Nummer 7 genannten Person. [2]Allerdings ist der Beihilfeanspruch nicht ausgeschlossen, wenn durch eine Person behandelt wird, die mit einer der in Nummer 7 genannten Personen eine Gemeinschaftspraxis betreibt und nicht zu diesem Personenkreis gehört. [3]Gleiches gilt, wenn eine in Nummer 7 genannte Person in einer Praxis angestellt ist. [4]Der Ausschluss besteht nur bei Heilmaßnahmen, insbesondere bei ärztlichen Leistungen oder Heilmitteln. [5]Auch Untersuchungen wie solche zur Vorsorge oder Diagnostik sind den Heilmaßnahmen in diesem Sinne zuzuordnen. [6]Nicht ausgeschlossen sind beispielsweise Pflegeleistungen oder Leistungen der Familien- und Haushaltshilfe von Angehörigen. [7]Ebenfalls besteht kein

Ausschluss in den Fällen des § 45 Absatz 1 (Erste Hilfe). [8]Konnte die erforderliche medizinische Behandlung nur in der Praxis des nahen Angehörigen durchgeführt werden oder war es der behandelten Person aus tatsächlichen Gründen nicht möglich oder zumutbar, eine andere Praxis aufzusuchen, und übersteigt der Umfang der Behandlung deutlich das Maß dessen, was üblicherweise noch unentgeltlich geleistet wird, ist die Beihilfefähigkeit ebenfalls nicht ausgeschlossen (vgl. hierzu BVerwG, Urteil vom 29. September 2011 – 2 C 80.10 –). [9]Das kann etwa in Betracht kommen, wenn die Behandlung durch den nahen Angehörigen aus medizinischen Gründen geboten ist, weil dieser zu den wenigen Spezialisten gehört, die die in Frage kommende Behandlung überhaupt durchführen können.

8.2 **Zu Absatz 2**

[1]Nach § 76 BBG gehen gesetzliche Schadensersatzansprüche 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 Schadensersatzansprüchen, 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 Schadensersatzansprüchen, insbesondere aus einem Behandlungsvertrag mit der Ärztin oder dem Arzt, ergibt sich der gesetzliche Forderungsübergang aus den parallel bestehenden gesetzlichen Schadensersatzansprüchen. [7]Soweit Schadensersatzansprüche ausnahmsweise nicht nach § 76 BBG erfasst werden und nicht auf den Dienstherrn übergehen, sind Aufwendungen in dem Umfang nicht beihilfefähig, wie der beihilfeberechtigten Person ein Ersatzanspruch gegen Dritte zusteht. [8]Ein Anspruch auf Krankenhilfe gegenüber dem Jugendamt nach § 40 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) ist gegenüber der Beihilfe nachrangig (§ 10 Absatz 1 SGB VIII; VG Berlin, Urteil vom 21. August 2008 – 36 A 185.06 –) und deshalb nicht als Ersatzanspruch nach § 8 Absatz 2 von den Aufwendungen abzuziehen.

8.3 **Zu Absatz 3**

8.3.1 [1]Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen oder Kostenanteile sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der GKV keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. [2]Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. [3]Von der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund von § 130 Absatz 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht er-

stattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. [4]Bei den nicht durch Zuschüsse der Krankenversicherung gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen oder Kostenanteile.

8.3.2 [1]Nach § 53 Absatz 1 SGB V (Wahltarife) können die Krankenkassen bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). [2]Soweit Selbstbehalte von der Krankenkasse angerechnet werden, sind sie nicht beihilfefähig.

8.4 **Zu Absatz 4**

8.4.1 [1]Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel, die nach Vorlage der Krankenversicherungskarte bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer verabreicht werden, sowie kieferorthopädische Behandlung) einer Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). [2]Bei Ansprüchen nach dem BVG sind nur die nach § 10 Absatz 1 BVG zustehenden Leistungen von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. [3]Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 9 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

8.4.2 Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249a SGB V).

8.4.3 [1]Da nach Satz 3 Nummer 1 bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. [2]Festbeträge können festgesetzt werden für

- Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
- Hilfsmittel (§ 36 SGB V).

[3]Als Festbeträge gelten auch

- die Vertragssätze nach § 33 Absatz 2 Satz 2 SGB V (Sehhilfen),
- der Zuschuss nach § 33 Absatz 3 Satz 3 SGB V (Zuschuss zu den Kosten medizinisch nicht zwingend erforderlicher Kontaktlinsen in Höhe des Betrags, der für eine erforderliche Brille aufzuwenden wäre),
- der Zuschuss nach § 33 Absatz 4 Satz 1 SGB V (Sehhilfen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr) sowie
- der Festbetrag nach § 133 Absatz 2 SGB V (Beschränkung des Entgeltes für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch lan-

desrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen auf Festbeträge in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen).

8.4.4 [1]Satz 3 Nummer 2 erfasst die Fälle, in denen sich die oder der gesetzlich Pflichtversicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z. B. privatärztliche Behandlung durch eine Kassenärztin oder einen Kassenarzt). [2]Wäre im Falle der Vorlage der Krankenversicherungskarte oder eines Überweisungsscheines eine Sachleistung verabreicht worden, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. [3]Gehört die behandelnde Person, die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Personenkreis, ist § 9 Absatz 3 anzuwenden.

8.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

9 Zu § 9 – Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

9.1 **Zu Absatz 1**

9.1.1 [1]Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z. B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. [2]Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche nach dem BVG, und zwar auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen der oder des Leistungsberechtigten oder ihrer oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.

9.1.2 Satz 1 gilt nicht für solche Leistungen, die von den Krankenversicherungssystemen zwischen- und überstaatlicher Einrichtungen auf Grund einer freiwilligen Vereinbarung, z. B. an ehemalige NATO-Bedienstete als Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfänger gewährt werden.

9.1.3 [1]Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615a in Verbindung mit § 1610 Absatz 2 BGB). [2]Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 9 Absatz 1 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. [3]Daher kann z. B. die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.

9.2 **Zu Absatz 2**

[1]Die GKV zahlt bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) einen befundbezogenen Festzuschuss in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Regelversorgung (§ 55 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V). [2]Unter den Voraussetzungen des § 55 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V erhöht sich der Festzuschuss um 20 und ggf. darüber hinaus um weitere 10 Prozent. [3]Dieser maximal zu erreichende Festzuschuss (entspricht 65 Prozent der jeweiligen Regelversorgung) wird immer, sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei Pflichtversicherten in der GKV, angerechnet, unabhängig davon, ob die GKV diesen auch gezahlt hat.

9.3 **Zu Absatz 3**

9.3.1 Satz 1 ist auch bei ärztlicher Behandlung von in der GKV pflichtversicherten Personen durch einen Privatarzt anzuwenden.

9.3.2 Zu den Erstattungen und Sachleistungen der GKV aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nummer 3 gehören nicht Erstattungen und Sachleistungen der GKV, die von ihr auf Grund des BVG gewährt werden.

9.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

10 Zu § 10 – Beihilfeanspruch

10.1 **Zu Absatz 1**

10.1.1 Der Beihilfeanspruch steht – auch für Aufwendungen seiner berücksichtigungsfähigen Personen – nur den selbst beihilfeberechtigten Personen und nicht den berücksichtigungsfähigen Personen zu.

10.1.2 Forderungsgläubiger (z. B. Ärzte) können die ihnen aus ihren Forderungen zustehenden Beträge pfänden, solange der konkrete Beihilfeanspruch durch Auszahlung der Beihilfe noch nicht erloschen ist (BGH, Beschluss vom 5. November 2004 – IXa ZB 17/04 –; LG Münster, Beschluss vom 21. Februar 1994 – 5 T 930/93 –).

10.1.3 Wegen der Unübertragbarkeit des Beihilfeanspruchs ist eine Aufrechnung gegen Beihilfeansprüche nicht zulässig (BVerwG, Urteil vom 10. April 1997 – 2 C 7/96 –; BGH, Beschluss vom 5. November 2004 – IXa ZB 17/04 –). Die

Vererblichkeit des Beihilfeanspruchs ist nicht ausgeschlossen (BVerwG, Urteil vom 29. April 2010 – 2 C 77/08 –).

10.2 **Zu Absatz 2**

10.2.1 [1]An die Antragsbefugnis bei Tod der beihilfeberechtigten Person stellt die BBhV keine formalen Anforderungen. [2]Im Regelfall ist von der Berechtigung der antragstellenden Person auszugehen. [3]Eine Nachprüfung der Berechtigung zur Antragstellung kann grundsätzlich unterbleiben.

10.2.2 Eine andere öffentliche Urkunde im Sinne der Nummer 3 ist z. B. ein öffentliches Testament (§ 2232 BGB) oder ein notariell beurkundeter Erbvertrag nebst Eröffnungsprotokoll.

11 Zu § 11 – Aufwendungen im Ausland

11.1 **Zu Absatz 1**

11.1.1 [1]Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union entstandenen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. [2]Beihilfefähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenbeteiligungen sind zu beachten. [3]Bei privaten Krankenhäusern ist entsprechend § 26a zu verfahren, es sei denn, es handelt sich um eine Notfallversorgung.

11.1.2 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind am Tag der Festsetzung der Beihilfe umzurechnen. Dabei ist der EZB-Referenzkurs (**www.bankenverband.de/service/waehrungsrechner/**) zu Grunde zu legen, es sei denn, dass der bei der Begleichung der Rechnung angewandte Umrechnungskurs nachgewiesen wird.

11.1.3 [1]Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 1 000 Euro ist eine Übersetzung beizufügen. [2]Bis 1 000 Euro ist eine kurze Angabe der Antragstellerin oder des Antragsstellers über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.

11.1.4 Befindet sich ein Heimdialysepatient aus privaten Gründen vorübergehend außerhalb der Europäischen Union, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.

11.1.5 [1]Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Beschei-

nigung einer Fachärztin oder eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. [2]Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung medizinisch indiziert ist. [3]Ist eine Krankenhausbehandlung in Davos notwendig, sind die Aufwendungen ohne Begrenzung des § 26a Absatz 1 beihilfefähig [4]Ausgeschlossene Aufwendungen und Eigenbeteiligungen sind zu beachten.

11.1.6 Aufwendungen für eine Behandlung wegen Neurodermitis oder Psoriasis in einem der in Anlage 15 Nummer 4 zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 aufgeführten Kurorte am Toten Meer sind im gleichen Umfang wie Aufwendungen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

11.2 **Zu Absatz 2**

[1]In den in Satz 1 enumerativ aufgezählten Fällen ist keine Vergleichsberechnung durchzuführen. [2]Auch eine Begrenzung auf den beihilfefähigen Höchstbetrag nach § 26a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 erfolgt nicht, wenn es sich um eine Notfallversorgung handelt, die Kosten vor Antritt der Reise als beihilfefähig anerkannt worden sind oder in der Nähe der deutschen Grenze wohnende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in akuten Fällen ein Krankenhaus aufsuchen mussten. [3]Unter Notfallversorgung wird die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen einschließlich Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen verstanden. [4]Eine eventuelle Weiterbehandlung außerhalb der Notfallbehandlung ist mithin nicht beihilfefähig. [5]So wären beispielsweise bei einem Skiunfall mit einfachem Knochenbruch in der Schweiz die Rettungsdienste, die Fixierung des Beines usw. beihilfefähig. [6]Aufwendungen nach Wiederherstellung der Reisefähigkeit sind dagegen nicht mehr beihilfefähig, da ab diesem Zeitpunkt von der Zumutbarkeit einer eventuell erforderlichen Weiterbehandlung im Inland ausgegangen werden kann. [7]In Zweifelsfällen hat die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Nichttransportfähigkeit durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen (vgl. § 51 Absatz 1 Satz 2 und 3).

11.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

Kapitel 2
Aufwendungen in Krankheitsfällen
Abschnitt 1
Ambulante Leistungen

12 Zu § 12 – Ärztliche Leistungen

12.1 [1]Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. [2]Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden. [3]Der Antragstellerin oder dem Antragssteller ist Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben beizubringen.

12.2 (unbesetzt)

13 Zu § 13 – Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

13.1 Dienstunfähigkeitsbescheinigungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nicht beihilfefähig (Umkehrschluss aus § 12 Satz 3 BBhV).

13.2 Nummer 12 gilt entsprechend.

14 Zu § 14 – Zahnärztliche Leistungen
(unbesetzt)

15 Zu § 15 – Implantologische Leistungen

15.1 **Zu Absatz 1**

15.1.1 Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für den Austausch von Sekundärteilen gilt Absatz 1 entsprechend.

15.1.2 [1]Aufwendungen für temporäre Implantate sind beihilfefähig, wenn diese medizinisch notwendig sind und die endgültige Versorgung als beihilfefähig anerkannt wird. [2]Ist die endgültige Versorgung mit Implantaten nicht beihilfefähig, so sind auch die Aufwendungen für temporäre Implantate nicht beihilfefähig.

15.1.3 Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sofern

die beihilfeberechtigte Person nicht in geeigneter Weise, z. B. durch Beihilfebescheide und Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgebers glaubhaft machen kann (BVerwG, Urteil vom 28. Mai 2008 – 2 C 12.07 –).

15.1.4 Auf Grund der regelmäßig längeren Zeitspanne zwischen dem Einbringen der Implantate und dem Zustand eines zahnlosen Kiefers sollte die Gewährung der Beihilfe bis zum Nachweis des zahnlosen Ober- oder Unterkiefers unter Vorbehalt gestellt werden.

15.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

15.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

15a Zu § 15a – Kieferorthopädische Leistungen

15a.1 **Zu Absatz 1**

15a.1.1 Nach den Abrechnungsbestimmungen des Gebührenverzeichnisses der GOZ umfassen die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 alle Leistungen zur Kieferumformung und Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Methoden oder den verwendeten Therapiegeräten.

15a.1.2 [1]Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 6200 und 6240 der Anlage zur GOZ setzen nicht unmittelbar eine kieferorthopädische Behandlung im Sinne dieser Verordnung voraus. [2]Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.

15a.1.3 Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer ggf. erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.

15a.1.4 Erfolgten die aktiven Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nummer 6210 oder Begleitleistungen nach den Nummern 6180 bis 6230 der Anlage zur GOZ medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.

15a.1.5 [1]Aufwendungen für die Invisalign-Methode als kieferorthopädische Behandlungsmethode sind beihilfefähig, soweit sie die Aufwendungen einer sonst medizinisch notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Zahnkorrekturbehand-

lung (z. B. Zahnspange, Brackets) nicht übersteigen. [2]Die Antragstellerin oder der Antragsteller hat einen Vergleichskostenvoranschlag einzureichen.

15a.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

15a.3 **Zu Absatz 3**

15a.3.1 Ein Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden auf Grund eines berufsbedingten Umzugs oder einer medizinischen Notwendigkeit liegt nicht in der Verantwortung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person.

15a.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

15a.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

15a.6 **Zu Absatz 6**
(unbesetzt)

15b Zu § 15b – Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
(unbesetzt)

16 Zu § 16 – Auslagen, Material- und Laborkosten
(unbesetzt)

17 Zu § 17 – Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamten auf Widerruf
(unbesetzt)

18 Zu § 18 – Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung

18.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

18.2 **Zu Absatz 2**

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten müssen zusätzlich zu

dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter mit dem Formblatt 3 nach Anhang 2 den erforderlichen Konsiliarbericht einer Ärztin oder eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes) einholen.

18.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

18a Zu § 18a – Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie

18a.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

18a.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

18a.3 **Zu Absatz 3**

[1]Die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person bereits eine Leistungszusage auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben. [2]Entspricht die Leistungszusage nicht dem beihilferechtlich möglichen Umfang oder ist sie ganz versagt worden, kann das beihilferechtliche Voranerkennungsverfahren daneben durchgeführt werden.

18a.4 **Zu Absatz 4**

18a.4.1 Die Liste der Gutachterinnen und Gutachter ist vertraulich und daher in dem passwortgeschützten Bereich auf der Internetseite des Bundesverwaltungsamts (www.dienstleistungszentrum.de) unter der Rubrik „Dienstleistungen, Beihilfe, Gutachterliste“ hinterlegt.

18a.4.2 [1]Gutachterinnen oder Gutachter erstellen im Auftrag der Festsetzungsstelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewerten die Angaben der Ärztin, des Arztes, der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeutin oder Therapeut genannt); dabei sind die Formblätter 1 und 2 nach Anhang 2 zu verwenden. [2]Die Einreichung der Unterlagen an die Gutachterin oder den Gutachter hat in pseudonymisierter Form

zu erfolgen. [3]Die Festsetzungsstelle vergibt an die beihilfeberechtigte Person einen von ihr festgelegten Pseudonymisierungscode. [4]Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Pseudonymisierungscode zu verwenden.

18a.4.3 [1]Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 nach Anhang 2 ausgefüllt vorzulegen. [2]Außerdem hat die beihilfeberechtigte Person oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 nach Anhang 2 einen Bericht für die Gutachterin oder den Gutachter zu erstellen.

18a.4.4 Die Therapeutin oder der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 nach Anhang 2 und ggf. das Formblatt 3 nach Anhang 2 in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person, der Patientin oder des Patienten.

18a.4.5 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 4 nach Anhang 2 eine Gutachterin oder einen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 5 nach Anhang 2 und leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),
- das ausgefüllte Formblatt 1 nach Anhang 2 (als Kopie),
- das Formblatt 5 nach Anhang 2 in dreifacher Ausfertigung,
- einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

18a.4.6 [1]Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme auf dem Formblatt 5 nach Anhang 2 – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. [2]Diese leitet eine Ausfertigung an die Therapeutin oder den Therapeuten weiter. [3]Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 6 nach Anhang 2 oder deren Ablehnung.

18a.4.7 [1]Legt die beihilfeberechtigte Person gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. [2]Zu diesem Zweck hat die beihilfeberechtigte Person oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den "Erstbericht" an die Gutachterin oder den Gutachter auf dem Formblatt 2 nach Anhang 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung

erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle, der Gutachterin oder des Gutachters eingegangen werden sollte. [3]Die Therapeutin oder der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Obergutachterin oder den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person, der Patientin oder des Patienten. [4]Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters abgelehnt wurde, weil die Therapeutin oder der Therapeut die in Anlage 3 zur BBhV aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

18a.4.8 [1]Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle eine geeignete Obergutachterin oder einen geeigneten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens. [2]Die Festsetzungsstelle leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),
- Kopie des Psychotherapiegutachtens,
- einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

[3]Ist die oder der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachterin oder Gutachter gleichzeitig Obergutachterin oder Obergutachter, ist eine andere Obergutachterin oder ein anderer Obergutachter einzuschalten.

18a.4.9 Die Obergutachterin oder der Obergutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme hilft die Festsetzungsstelle dem Widerspruch ab (§ 72 Verwaltungsgerichtsordnung [VwGO]) oder der beihilfeberechtigten Person wird ein Widerspruchsbescheid erteilt (§ 73 Absatz 1 VwGO).

18a.4.10 [1]Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den von der Therapeutin oder dem Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht auf dem Formblatt 2 nach Anhang 2 mit einem Freiumschlag der Gutachterin oder dem Gutachter zu, welche oder welcher das Erstgutachten erstellt hat. [2]Dabei ist das Formblatt 5 nach Anhang 2 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. [3]Im Übrigen gelten die Nummern 18a.4.5 bis 18a.4.8 entsprechend.

18a.4.11 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachterinnen und Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachterinnen, Gutachtern, Obergutachterinnen oder Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.

18a.4.12 Die Festsetzungsstelle trägt die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von 82 Euro jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, sowie die Aufwendungen für die Abrechnung der Nummer 808 der Anlage zur GOÄ für die Einleitung des Gutachterverfahrens.

18a.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

18.6 **Zu Absatz 6**
(unbesetzt)

19 Zu § 19 – Psychoanalytisch begründete Verfahren

19.1 Zu Absatz 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 SGB V.

19.2 Zu Absatz 2

[1]Im Gutachten ist anzugeben, ob und in welchem Umfang eine Einbeziehung von Bezugspersonen als notwendig angesehen wird. [2]Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten und bewilligt, so erhöht sich die Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen entsprechend.

19.3 Zu Absatz 3
(unbesetzt)

20 Zu § 20 – Verhaltenstherapie

20.1 Zu Absatz 1

Der Begriff des „Krankheitsfalls“ ist derselbe wie in § 19 Absatz 1 Satz 1 (Nummer 19.1).

20.2 **Zu Absatz 2**

Nummer 19.2 gilt entsprechend.

20.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

20.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

21 Zu § 21 – Psychosomatische Grundversorgung

21.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

21.2 **Zu Absatz 2**

Der Begriff des „Krankheitsfalls“ ist derselbe wie in § 19 Absatz 1 Satz 1 (Nummer 19.1).

21.3 **Zu Absatz 3**

[1]Die ambulante psychosomatische Nachsorge ist keine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 19 bis 21 und bedarf daher keines Gutachterverfahrens. [2]Die Aufwendungen sind angemessen bis zur Höhe der Vergütung, die von den Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind.

Abschnitt 2
Sonstige Aufwendungen

22 Zu § 22 – Arznei- und Verbandmittel

22.1 **Zu Absatz 1**

22.1.1 [1]Die Verordnung nach Absatz 1 muss grundsätzlich vor dem Kauf des Arznei- oder Verbandmittels erfolgen. [2]Eine Ausnahme ist nur zulässig, wenn auf Grund der Art der Erkrankung ein sofortiger Kauf medizinisch notwendig war. [3]Gewährte zuordnungsfähige Rabatte sind zu berücksichtigen.

22.1.2 [1]Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der Ärztin, des Arztes, der Zahnärztin oder des Zahnarztes erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. [2]Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

22.1.3 [1]Packungsgröße und Anzahl der Packungen der Arznei- und Verbandmittel ergeben sich aus der ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung. [2]Auch bei einer Abgabe zu unterschiedlichen Zeitpunkten bleiben die Aufwendungen beihilfefähig, solange die insgesamt verordnete Menge nicht überschritten wird.

22.2 **Zu Absatz 2**

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Präparate für Notfallkontrazeptiva ist bei entsprechender ärztlicher Verordnung von Absatz 2 Nummer 6 umfasst.

22.3 **Zu Absatz 3**

22.3.1 [1]Festbeträge werden nur für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel gebildet. [2]Insofern stehen den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen genügend andere Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbaren und gleichwertigen Wirkstoffen zur Verfügung.

22.3.2 [1]Grundlage für die Ermittlung des beihilfefähigen Festbetrags bildet die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 35 Absatz 8 SGB V aus den Arzneimittelgruppen zu erstellende und bekannt zu gebende Übersicht über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel, die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (www.dimdi.de) veröffentlicht wird.

22.3.3 [1]Die Einschränkung der Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen über § 22 Absatz 3 BBhV ist eine reine Wirtschaftlichkeitsregelung. [2]Im Regelfall ist davon auszugehen, dass bei Verabreichung eines Wirkstoffs, der einer Festbetragsgruppe angehört, ein angemessenes und wirtschaftliches Portfolio an Arzneimitteln zur Verfügung steht. [3]Wenn aber aus medizinischen Gründen in seltenen Ausnahmefällen tatsächlich nur ein Arzneimittel außerhalb der Festbetragsgruppe in Frage kommt, ist Absatz 3 nicht anwendbar. [4]Dies kann insbesondere in Fällen zutreffen, in denen die aus der Festbetragsgruppe zur Verfügung stehenden Medikamente unverträglich sind. [5]Das ist insbesondere dann der Fall, wenn zum Festbetrag erhältliche Arzneimittel unerwünschte Nebenwirkungen verursachen, die über bloße Unannehmlichkeiten oder Befindlichkeitsstörungen hinausgehen und damit die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit erreichen. [6]Der Ausnahmefall ist durch eine ärztlich fundierte Stellungnahme der

behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes zu belegen. [7]Die übrigen Voraussetzungen zur Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln bleiben unberührt.

22.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

22.5 **Zu Absatz 5**

Ausnahmefälle für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zur enteralen Ernährung (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) liegen insbesondere vor bei:

- Ahornsirupkrankheit,
- Colitis ulcerosa,
- Kurzdarmsyndrom,
- Morbus Crohn,
- Mukoviszidose,
- Phenylketonurie,
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom),
- Tumortherapien (auch nach der Behandlung),
- postoperativer Nachsorge,
- angeborene Defekte im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
- angeborene Enzymdefekte, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
- AIDS-assoziierten Diarrhöen,
- Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- Niereninsuffizienz,
- multipler Nahrungsmittelallergie.

22.6 **Zu Absatz 6**
(unbesetzt)

23 Zu § 23 – Heilmittel

23.1 **Zu Absatz 1**

23.1.1 [1]Die in Anlage 10 zur BBhV genannten Personen sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Re-

gelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht. [2]Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Personen in ihrem Beruf erbringen. [3]Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagoginnen und Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrerinnen und -lehrern, Eutoniepädagoginnen und -pädagogen und Eutonietherapeutinnen und -therapeuten, Gymnastiklehrerinnen und -lehrern, Heilpädagoginnen und -pädagogen, Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, Maltherapeutinnen und -therapeuten, Montessoritherapeutinnen und -therapeuten, Musiktherapeutinnen und -therapeuten, Sonderschullehrerinnen und -lehrern sowie Sportlehrerinnen und -lehrern erbracht werden.

23.1.2 Zu den in Absatz 1 Satz 2 genannten vergleichbar qualifizierten Personen gehören staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen und Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157).

23.1.3 [1]Beihilfefähig sind grundsätzlich nur Aufwendungen für die Heilmittel nach Anlage 9 zur BBhV. [2]Wird ein anderes Heilmittel abgerechnet, ist zunächst zu klären, ob dieses Heilmittel einem der in Anlage 9 aufgeführten Heilmittel entspricht oder vergleichbar ist. [3]Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilmittel, die weder in Anlage 9 zur BBhV aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem BMI.

23.1.4 Behandlungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu, Akupressur und Ähnliches, gehören nicht zu den Heilmitteln der Anlage 9 zur BBhV.

23.1.5 [1]Bei den in Anlage 9 zur BBhV aufgeführten Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge. [2]Die bei den Höchstbeträgen vorgegebene Mindestbehandlungsdauer ist die Regelbehandlungszeit. [3]Bei einer durch die verordnende Ärztin, den verordnenden Arzt, der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer begründete Abweichung von der Mindestbehandlungszeit ist eine anteilige Kürzung oder Erhöhung des Höchstbetrages möglich.

23.1.6 Im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen für gesondert in Rechnung gestellte Heilmittel nach Maßgabe der Anlagen 9 und 10 zur BBhV beihilfefähig.

23.1.7 [1]Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen (z. B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagsschulen, Behindertenwerkstätten und

Einrichtungen nach Nummer 32.2.2), sind Aufwendungen für Heilmittel nur beihilfefähig, sofern sie durch eine in Anlage 10 zur BBhV genannte Person verabreicht werden und die in Anlage 9 zur BBhV genannten Höchstbeträge nicht überschritten sind. [2]Art und Umfang der verabreichten Heilmittel sind nachzuweisen. [3]Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilmittel oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig. [4]Wird an Stelle der Einzelleistungen ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig.

23.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

24 Zu § 24 – Komplextherapie und integrierte Versorgung

24.1 **Zu Absatz 1**

24.1.1 [1]Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und ggf. nichtärztliches Personal durchgeführt werden. [2]Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. [3]Zu den Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitustherapien (Pauschalabrechnung), ambulante kardiologische Therapien, Behandlung chronischer Wunden in Wundzentren, Diabetikerschulungen, Adipositasschulungen, Neurodermitisschulungen, sozialmedizinische Nachsorgeleistungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). [4]Keine Komplextherapien sind psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapien. [5]Deren Beihilfefähigkeit richtet sich nach den §§ 27 und 30.

24.1.2 Die angemessene Höhe entspricht der Höhe der Vergütung, die von den Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen zu tragen sind.

24.1.3 Sofern Komplextherapien im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungstherapien) erbracht werden, richtet sich die Beihilfefähigkeit nach den §§ 34 bis 36.

24.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

24.3 **Zu Absatz 3**

Maßgebend für die Anerkennung der Pauschalbeträge ist die auf der Rechnung vermerkte Vertragsgrundlage der Abrechnung für die durchgeführte Behandlung.

25 Zu § 25 – Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

25.1 **Zu Absatz 1**

25.1.1 [1]Die Anlagen 11 und 12 enthalten Oberbegriffe, die mehrere Ausführungen erfassen können. [2]Angesichts der Vielzahl und der schnellen Entwicklung neuer Produkte ist ein vollständiges Verzeichnis aller Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke oder sogar aller Modelle und Modellvarianten weder möglich noch zweckmäßig. [3]Es muss daher in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Gegenstand unter einen der Oberbegriffe der Anlagen 11 oder 12 fällt.

25.1.2 [1]Das vom Finanzministerium Rheinland-Pfalz als Online-Datenbank geführte „Hilfsmittelverzeichnis“ (www.fm.rlp.de/de/themen/verwaltung/finanziellesdienstrecht/beihilfe/hilfsmittelverzeichnis/) kann mit seinen Erläuterungen für die Praxis nützliche Erläuterungen zur Funktionsweise und einen Anhaltspunkt für die Subsumierung unter die Oberbegriffe der Anlagen 11 und 12 geben. [2]Die Festsetzungsstellen sind an Eintragungen im Hilfsmittelverzeichnis jedoch rechtlich nicht gebunden. [3]Maßgebliche Rechtsquelle für die Beihilfefestsetzung ist die BBhV.

25.1.3 [1]Im Regelfall ergibt sich die Erforderlichkeit aus der ärztlichen Verordnung und bedarf daher keiner näheren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. [2]Hat die Festsetzungsstelle jedoch Zweifel, ist sie nicht gehindert, zusätzliche Ermittlungen anzustellen, z. B. Anforderung einer näheren Begründung bei der behandelnden Ärztin, dem behandelnden Arzt oder Einholung eines fachärztlichen Gutachtens. [3]Das gilt insbesondere dann, wenn sie Anhaltspunkte dafür hat, dass ein gleichwertiger Erfolg auch mit einem preisgünstigeren Hilfsmittel erreicht werden kann. [4]Bestätigt sich das, sind die Mehrkosten für das aufwendigere Hilfsmittel nicht „erforderlich“ im Sinne von Absatz 1 Satz 1.

25.1.4 [1]Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände ein. [2]Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie der Körperersatzstücke sind ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

25.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

25.3 **Zu Absatz 3**

[1]Der Vergleich von Miete und Anschaffung sollte auf Grundlage des ärztlich verordneten zeitlichen Rahmens der Behandlung erfolgen. [2]Versorgungspauschalen für gemietete Hilfsmittel sind grundsätzlich als Teil der Miete anzusehen. [3]Soweit einzelne Positionen als nicht beihilfefähig erkennbar sind, sind diese in Abzug zu bringen.

25.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

25.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

26 Zu § 26 – Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern

26.1 Neben den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen sind auch die berechenbaren Zuschläge und Zusatzentgelte entsprechend dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) beihilfefähig (z. B. DRG-Systemzuschlag).

26.2 Die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses kann bis zur Höhe von 13 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes erforderlich ist.

26.3 [1]Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die Kosten des Zweibettzimmers der jeweiligen Abteilung als beihilfefähig anerkannt. [2]Gesondert berechenbare Komfortleistungen sind nicht beihilfefähig.

26.4 Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber einem Zweibettzimmer nicht beihilfefähig.

26.5 Wahlleistungen nach Nummer 5 sind gemäß § 17 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vor ihrer Erbringung schriftlich zu vereinbaren.

26.6 Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angebo-

ten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

26a Zu § 26a – Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung

26a.1 Zu Absatz 1

26a.1.1 [1]Bei der Errechnung des beihilfefähigen Höchstbetrages ist jeweils auf den Behandlungsfall abzustellen. [2]Bei der Berechnung ist immer die Fallpauschale der Hauptabteilung zugrunde zu legen, unabhängig davon, ob es sich um eine belegärztliche Behandlung handelt. [3]Die tatsächliche Verweildauer in der Klinik ist unbeachtlich.

26a.1.2 Die von den Kliniken in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist grundsätzlich beihilfefähig und kann bis zum errechneten beihilfefähigen Höchstbetrag berücksichtigt werden.

26a1.3 Für die Zuordnung des Behandlungsfalls nach Nummer 2 ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

26a.2 Zu Absatz 2

(unbesetzt)

26a.3 Zu Absatz 3

(unbesetzt)

26a.4 Zu Absatz 4

(unbesetzt)

26a.5 Zu Absatz 5

(unbesetzt)

27 Zu § 27 – Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

27.1 Zu Absatz 1

27.1.1 Die ärztliche Verordnung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.

27.1.2 Bei Prüfung des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts ist es ausreichend, wenn die Pflegedienstleister bestätigen, dass die abgerechneten Sätze ortsüblich sind und in dieser Höhe auch gegenüber der GKV abgerechnet werden.

27.1.3 [1]Andere geeignete Orte für eine häusliche Krankenpflege sind Orte, an denen sich die oder der zu Pflegende regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. [2]Solche Orte können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.

27.2 **Zu Absatz 2**

27.2.1 [1]Als Behandlungspflege gelten Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte oder Pflegekräfte delegiert werden können. [2]Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen, Beatmungspflege, Blasenspülung, Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Dekubitusbehandlung.

27.2.2 [1]Aufwendungen für Behandlungspflege sind auch für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in stationären Pflegeeinrichtungen beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. [2]Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, z. B. bei erforderlicher Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht.

27.2.3 [1]Grundpflege umfasst die Grundverrichtungen des täglichen Lebens. [2]Dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.

27.2.4 [1]Als hauswirtschaftliche Versorgung gelten Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind. [2]Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Besorgung von Arzneimitteln, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Müllentsorgung, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.

27.2.5 Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro-tracheale Sekretabsaugung beim Waschen, Duschen oder Baden,

- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Darm- oder Blasenentleerung,
- Oro-tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf beim Aufstehen oder Zubettgehen,
- An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens,
- Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (z. B. nach Pütter, Fischer-Tübinger).

27.2.6 Maßnahmen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege sind:
- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

27.2.7 Für denselben Zeitraum ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen, es sei denn, die Maßnahmen ergänzen ihre jeweils spezifische Zielsetzung.

27.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

27.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

27.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

28 Zu § 28 – Familien- und Haushaltshilfe

28.1 **Zu Absatz 1**

28.1.1 Die Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 1 der außerhäuslichen Unterbringung ist auch dann als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.

28.1.2 [1]Als Inanspruchnahme einer nach dieser Verordnung beihilfefähigen Leistung zählt auch eine ärztlich bescheinigte, notwendige Begleitung eines Beihilfeberechtigten oder einer berücksichtigungsfähigen Person zu einer beihilfefähigen

stationären Maßnahme. [2]Demnach sind Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe insbesondere dann als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die den Haushalt führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung der Amtsärztin, des Amtsarztes oder der von der Festsetzungsstelle beauftragten Ärztin oder des beauftragten Arztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

28.1.3 [1]Die Voraussetzungen des Satzes 1 Nummer 3 sind auch dann nicht erfüllt, wenn eine Person, die unter Satz 1 Nummer 2 fällt, den Haushalt weiterführen kann. [2]Führt beispielsweise eine in Pflegegrad 2 eingestufte beihilfeberechtigte Person nach einer Heimunterbringung der haushaltführenden Person den Haushalt selbst über Jahre hinweg fort, handelt es sich nicht um einen Fall des Satzes 1 Nummer 3 und ein Anspruch scheidet aus.

28.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

28.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

28.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

28.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

29 Zu § 29 – Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

29.1 **Zu Absatz 1**

Für beihilfeberechtigte Personen nach § 3 bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Entgeltsätzen.

29.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

29.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

30 Zu § 30 – Soziotherapie

[1]Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a SGB V in Verbindung mit der Soziotherapie-Richtlinie. [2]Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den geschlossenen Verträgen des § 132b SGB V i. V. m. § 6 Absatz 3 Satz 3.

30a Zu § 30a – Neuropsychologische Therapie

30a.1 Zu Absatz 1

Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiver) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit des oder der Hirngeschädigten oder Hirnerkrankten).

30a.2 Zu Absatz 2

(unbesetzt)

30a.3 Zu Absatz 3

[1]Eine Nummer für die Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Therapie ist im Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht enthalten. [2]Die Therapie kann daher nur in analoger Anwendung abgerechnet werden. [3]Hierfür kommen insbesondere die Nummern 849, 860, 870, 871 der Anlage zur GOÄ in Betracht. [4]Aufwendungen für eine Behandlungseinheit als Einzelbehandlung sind beihilfefähig bis zur Höhe des Betrages entsprechend der Nummer 870 der Anlage zur GOÄ.

31 Zu § 31 – Fahrtkosten

31.1 Zu Absatz 1

(unbesetzt)

31.2 Zu Absatz 2

31.2.1 [1]Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt mit der Verordnung der Beförderung. [2]Aufwendungen für die Hin- und Rückfahrt sind gesondert zu prüfen. [3]Dabei sind insbesondere der ak-

tuelle Gesundheitszustand und die Gehfähigkeit der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zu berücksichtigen. [4]Neben den in Satz 2 Nummer 1 genannten Ausnahmefällen können auch bei einer nur vorübergehende Beeinträchtigung der Mobilität, sofern die Art der vorübergehenden Einschränkungen mit den Kriterien nach Satz 2 Nummer 1 vergleichbar sind, Fahrkosten erstattet werden.

31.2.2 Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

31.2.3 Aufwendungen für Taxi-Wartekosten für medizinisch notwendige Fahrten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, es sei denn, dass das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt.

31.3 **Zu Absatz 3**

[1]Die Ausnahmeregelung in Nummer 2 Satz 2 soll in den Ausnahmefällen, in denen eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht erfolgen kann, die Möglichkeit eröffnen, Fahrtkosten zu erstatten. [2]Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.

31.4 **Zu Absatz 4**

Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können.

31.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

32 Zu § 32 – Unterkunftskosten

32.1 **Zu Absatz 1**

Eine auswärtige Behandlung ist nur dann notwendig, wenn die Behandlung nicht oder nicht mit gleicher Erfolgsaussicht am Wohnort erfolgen kann.

32.2 **Zu Absatz 2**

32.2.1 Absatz 2 setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung voraus.

32.2.2 [1]Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und Behinderten dienen, können insbesondere Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangsheime für Suchtkranke sein. [2]Voraussetzung ist, dass die Unterbringung anlässlich der Anwendung von Heilmitteln nach § 23 erforderlich ist.

32.2.3 [1]Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für die Unterbrechungen durch Krankheit der oder des Behandelten erhoben werden, sind bis zu insgesamt 5,50 Euro täglich beihilfefähig. [2]Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person der behandelten Person liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.

32.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

33 Zu § 33 – Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

[1]Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn kann es in Ausnahmefällen erfordern, eine Beihilfe zu den Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach den jeweiligen Bemessungssätzen zu erstatten (BVerfG, Urteil vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98 –). [2]Diese Verpflichtung besteht konkret dann, wenn

- sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer bestimmten Krankheit noch nicht herausgebildet hat,
- ein allgemein anerkanntes Heilverfahren (z. B. wegen einer Kontraindikation) nicht angewendet werden darf oder
- ein solches bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist.

[3]Es ist somit nicht erforderlich, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit der Heilung, der Verlängerung der Lebensdauer oder der Verbesserung der Lebensqualität besteht. [4]Eine reale Chance reicht aus. [5]Die Festsetzungsstelle kann dazu auf ihre Kosten eine ärztliche Stellungnahme einholen.

Abschnitt 3
Rehabilitation

34 Zu § 34 – Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

34.1 **Zu Absatz 1**

34.1.1 [1]Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen im Ausland beurteilen sich nach § 34 in Verbindung mit § 11. [2]Vergleichbare Einschränkungen im Inland

gelten sinngemäß. [3]Demnach sind beispielsweise Maßnahmen in Einrichtungen mit Hotelcharakter nicht beihilfefähig.

34.1.2 Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem der Anschlussrehabilitation.

34.1.3 [1]Eine Anschlussheilbehandlung schließt sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung, eine ambulante Operation, Strahlen- oder Chemotherapie an. [2]Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

34.2 **Zu Absatz 2**

34.2.1 Die Vorschrift sieht die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen sowohl für stationäre als auch für ambulante Maßnahmen vor.

34.2.2 Aufwendungen für die ambulante Nachsorge sind grundsätzlich angemessen, wenn sie nach einer Bestätigung der Einrichtung in gleicher Höhe auch von der GKV getragen werden.

34.2.3 Behandlungen der Nikotinsucht sind keine Suchtbehandlungen nach § 34 Absatz 2 BBhV.

34.3 **Zu Absatz 3**

34.3.1 Die Notwendigkeit einer Verlängerung der Maßnahme ist von der durchführenden Einrichtung festzustellen.

34.3.2 [1]Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle bei Suchtbehandlungen dient dem Schutz der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen und der Rechtssicherheit, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, vor Entstehung der regelmäßig hohen Aufwendungen auf etwaige Bedenken gegen deren Notwendigkeit und Angemessenheit hinzuweisen. [2]Sofern in begründeten Ausnahmefällen, z. B. wegen Eilbedürftigkeit einer Maßnahme, eine vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle nicht eingeholt werden kann, kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

34.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

34.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

35 Zu § 35 – Rehabilitationsmaßnahmen

35.1 Zu Absatz 1

35.1.1 Zu Absatz 1 Nummer 1

[1]Aufwendungen für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland beurteilen sich nach § 35 in Verbindung mit § 11. [2]Vergleichbare Einschränkungen wie im Inland gelten sinngemäß. [3]Demnach sind beispielsweise Maßnahmen in Einrichtungen mit Hotelcharakter nicht beihilfefähig.

35.1.2 Zu Absatz 1 Nummer 2

35.1.2.1 Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Mutter-Kind oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme ist, dass Mutter oder Vater erkrankt ist.

35.1.2.2 [1]Für Kinder, die bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind deren Aufwendungen in voller Höhe der Mutter oder dem Vater zuzurechnen. [2]Aufwendungen der Kinder werden diesen nur zugerechnet, wenn sie neben Mutter oder Vater selbst auch behandlungsbedürftig sind. [3]Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme, sondern um eine stationäre Rehabilitation des Kindes.

35.1.2.3 [1]Eine gesetzliche Regelung bezüglich der Altersgrenze für Kinder gibt es nicht. [2]Es ist immer eine Prüfung im Einzelfall angezeigt. [3]Nach der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes besteht in der Regel die Möglichkeit zur Mitaufnahme für Kinder bis zwölf Jahre, in besonderen Fällen bis 14 Jahre. [4]Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

35.1.3 Zu Absatz 1 Nummer 3

[1]Ziel der familienorientierten Rehabilitation nach Nummer 3 ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. [2]Bei ärztlich verordneter familienorientierter Rehabilitation nach Nummer 3 ist kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich. [3]In Ausnahmefällen sind auch Aufwendungen für eine familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme bei verwaisten Familien (Versterben eines Kindes) in dafür spezialisierten Einrichtungen beihilfefähig. [4]Zwar ist Trauer als sol-

che keine Krankheit, jedoch sind Situationen vorstellbar, in denen Trauer Krankheitswert erreichen kann. [5]Voraussetzung ist dann neben der ärztlichen Verordnung eine medizinische Stellungnahme. [6]Das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist auch hier zu beachten.

35.1.4 **Zu Absatz 1 Nummer 4**

35.1.4.1 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der Nummer 4 sind nur bei aktiven Beamtinnen und Beamten beihilfefähig.

35.1.4.2 [1]Soweit beihilfeberechtigte Personen die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem Heilbad oder Kurort im EU-Ausland beantragen, der nicht in Nummer 3 der Anlage 15 zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 BBhV enthalten ist, trifft die oberste Dienstbehörde die Entscheidung über die Anerkennung des Ortes als Heilbad oder Kurort. [2]Die beihilfeberechtigte Person hat Unterlagen, die zur Entscheidung beitragen, vorzulegen. [3]Die Anerkennung des Ortes als Heilbad oder Kurort ist dem BMI über die oberste Dienstbehörde mitzuteilen.

35.1.5 **Zu Absatz 1 Nummer 5**

35.1.5.1 Gesondert in Rechnung gestellte Verpflegungskosten sind nicht beihilfefähig.

35.1.5.2 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind auch beihilfefähig, wenn sie von Einrichtungen durchgeführt werden, die der stationären Rehabilitation dienen.

35.1.5.3 [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 Personen zu Hause behandelt. [4]Anfallende Fahrtkosten der mobilen Rehabilitation sind in Höhe der Nummer 64 der Anlage 9 zur BBhV beihilfefähig.

35.1.6 **Zu Absatz 1 Nummer 6**

35.1.6.1 [1]Beihilfefähig im Sinne dieser Vorschrift ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 (www.kbv.de/media/sp/Rahmenvereinbarung_Rehasport.pdf).
[2]Folgeverordnungen sind nach ärztlicher Bescheinigung anzuerkennen.

35.1.6.2 Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für den Besuch eines Fitnessstudios oder allgemeine Fitnessübungen.

35.2 **Zu Absatz 2**

35.2.1 [1]Aus den Vorschriften über die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten ergibt sich, dass es den beihilfeberechtigten oder ihren berücksichtigungsfähigen Personen überlassen bleibt, welche Beförderungsmittel sie nutzen. [2]Der Höchstbetrag von 200 Euro gilt für die Fahrtkosten der Gesamtmaßnahme (An- und Abreise einschließlich Fahrtkosten einer notwendigen Begleitperson) und unabhängig vom benutzten Verkehrsmittel. [3]Mit der Bezugnahme auf das BRKG bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs wird lediglich die Höhe des beihilfefähigen Betrages je gefahrenen Kilometer entsprechend § 5 Absatz 1 BRKG (zzt. 20 Cent je km) geregelt. [4]Die darüber hinaus in § 5 Absatz 1 BRKG genannten Höchstbeträge von 130 Euro oder 150 Euro finden hier keine Anwendung.

35.2.2 [1]Ergibt sich im Verlauf der stationären Rehabilitation, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der stationären Rehabilitation durch die Festsetzungsstelle auch auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens der in der Einrichtung behandelnden Ärztin oder des in der Einrichtung behandelnden Arztes erfolgen. [2]Satz 1 gilt nicht für die stationäre Rehabilitation bei Kindern.

35.2.3 Führen beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen zur selben Zeit und in derselben Einrichtung eine stationäre Rehabilitation durch, zählt dies bei Benutzung privater Personenkraftwagen als eine Fahrt.

35.2.4 Bei der Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme handelt es sich um „eine“ Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrtkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, wenn für das Kind gesonderte Fahrtkosten entstehen.

35.2.5 [1]Satz 2 Nummer 5 Buchstabe a dient der Klarstellung, dass lediglich die für die Behandlung erforderliche Unterbringung und Verpflegung beihilfefähig sind. [2]Beinhaltet der Tagessatz darüber hinaus Mehrkosten, die auf Wunsch der behandelten Person erbracht werden, sind diese nicht beihilfefähig.

36 Zu § 36 – Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

36.1 Zu Absatz 1

36.1.1 Die Aufwendungen des für das Anerkennungsverfahren einzuholenden Gutachtens trägt die Festsetzungsstelle.

36.1.2 Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach den Abschnitten 1 und 2 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

36.2 Zu Absatz 2

(unbesetzt)

36.3 Zu Absatz 3

(unbesetzt)

Kapitel 3
Aufwendungen in Pflegefällen

37 Zu § 37 – Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen

37.1 Zu Absatz 1

[1]Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist für die Pflegebedürftigen kostenfrei. [2]Aufwendungen für eine Pflegeberatung werden der Festsetzungsstelle vom Träger der Pflegeberatung in Rechnung gestellt und sind direkt an diesen zu zahlen, wenn die Pflegeberatung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte und die Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 erfüllt sind. [3]Der Bund hat mit der compass Private Pflegeberatung GmbH am 28. Juni 2013 einen Vertrag nach Satz 1 Nummer 2 geschlossen, wonach pro Beratungsgespräch eine Pauschale anfällt. [4]In Ausnahmefällen kann für eine beratungsbedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Pauschale mehrfach berechnet werden. [5]In Zweifelsfällen ist eine unmittelbare Abklärung durch die Festsetzungsstelle mit der compass GmbH möglich. [6]Die Pauschale kann auch dann an die compass Private Pflegeberatung GmbH geleistet werden, wenn die Pflegeberatung vor Ort in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu einem formlosen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung steht, auch wenn das entsprechende Formular nicht im Anschluss an die private Pflegeversicherung zurückgesandt wird. [7]Sobald der oder dem Bei-

hilfeberechtigten eine abschlägige Leistungsmitteilung seiner privaten Pflegeversicherung vorliegt, ist eine Abrechnung der Beratung vor Ort nicht mehr erstattungsfähig. [8]Dies gilt nicht, wenn die beihilfeberechtigte Person, der mit einer begründeten Einwendung Widerspruch gegen die Einstufung bei seiner privaten Pflegeversicherung erhebt und dieser Widerspruch in analoger Anwendung des § 70 der VwGO innerhalb eines Monats erhoben wird. [9]Pflegeberatungen, die während der Zeit bis zum Abschluss dieses Widerspruchverfahrens durchgeführt werden, sind durch die compass Private Pflegeberatung GmbH abrechenbar.

37.2 **Zu Absatz 2**

37.2.1 [1]Dem Antrag auf Beihilfe ist der Nachweis über die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 3 SGB XI beizufügen. [2]Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung stellt die Versicherung die Pflegebedürftigkeit, den Pflegegrad sowie den Leistungsbeginn fest (gesetzliche Verpflichtung). [3]Diese Feststellungen sind auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser von der Antragstellerin oder dem Antragsteller 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 Verwaltungsverfahrensgesetz [VwVfG]).

37.2.2 [1]Besteht keine Pflegeversicherung, hat die Festsetzungsstelle ein Gutachten einzuholen, aus dem die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 4 SGB XI hervorgehen. [2]Die Beihilfe zu den pflegebedingten Aufwendungen wird, soweit in der BBhV nicht anders festgelegt, entsprechend dem Bemessungssatz für die pflegebedürftige Person nach § 46 gewährt. § 33 Absatz 1 SGB XI gilt hier für den Beginn des Beihilfeanspruchs entsprechend.

37.2.3 Erhebt die beihilfeberechtigte Person gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, der von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegegrad sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Unanfechtbarkeit der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist unter Berücksichtigung der Feststellung der Pflegeversicherung über den Widerspruch zu entscheiden.

37.2.4 [1]Aufwendungen im Zusammenhang mit der Beschäftigung und Betreuung in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind nur im Rahmen von § 39a beihilfefähig. [2]Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Förderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).

38 Zu § 38 – Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen

Bei Prüfung der Ansprüche der §§ 38a bis 39b kann hilfsweise auf die Ausführungen des Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes zurückgegriffen werden (www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_vereinbarungen_formulare.jsp).

38a Zu § 38a – Häusliche Pflege

38a.1 Zu Absatz 1

38a.1.1 Die Aufwendungen für die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Satz 2 sind in Höhe des Anspruchs auf häusliche Pflegehilfe nach § 36 Absatz 3 SGB XI beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	689 Euro/Monat
3	1 298 Euro/Monat
4	1 612 Euro/Monat
5	1 995 Euro/Monat

38a.1.2 [1]Aufwendungen für häusliche Pflege sind auch beihilfefähig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden. [2]Die außerhäusliche Pflege darf in diesen Fällen jedoch nicht in einer vollstationären Einrichtung (§ 39 BBhV) oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI erfolgen.

38a.1.3 [1]Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege nach § 27 sind gesondert beihilfefähig. [2]Zur Abgrenzung zwischen häuslicher Pflege und häuslicher Krankenpflege kann der Maßstab der privaten oder sozialen Pflegeversicherung herangezogen werden.

38a.2 Zu Absatz 2

38a.2.1 Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen pflegende Angehörige und vergleichbar nahestehende Pflegepersonen (z. B. Nachbarn, gute Freunde, gute Bekannte) entlasten. Die Angebote sind unterteilt in:

- Betreuungsangebote (z. B. Tagesbetreuung, Einzelbetreuung)
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden (z. B. durch Pflegebegleiter)
- Angebote zur Entlastung im Alltag (z. B. in Form praktischer Hilfen).

38a.2.2 [1]Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können bis zu 40 Prozent ihrer Ansprüche für Aufwendungen für häusliche Pflege in Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag umwandeln. [2]Die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI erfolgen unabhängig voneinander. [3]Ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen der Anwendung der 40-Prozent-Regelung und der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages gibt es nicht. [4]Die pflegebedürftige Person entscheidet somit selbst, wie sie die Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag finanziert.

38a.3 **Zu Absatz 3**

38a.3.1 [1]Der Anspruch auf Pauschalbeihilfe setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit der Pauschalbeihilfe die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung selbst sicherstellt. [2]Die Pauschalbeihilfe stellt kein Entgelt für erbrachte Pflegeleistungen dar, sondern ist eine Art Anerkennung für die von Angehörigen, Freunden oder anderen Menschen erbrachten Unterstützungs- und Hilfeleistungen.

38a.3.2 Pauschalbeihilfe wird in folgender Höhe zum jeweiligen Bemessungssatz geleistet:

Pflegegrad	**Pauschalbeihilfe**
2	316 Euro/Monat
3	545 Euro/Monat
4	728 Euro/Monat
5	901 Euro/Monat

38a.3.3 [1]Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach den §§ 26 und 26a, der stationären Rehabilitation nach den §§ 34 und 35 oder der stationären Pflege nach § 39 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 und 26a),
- einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 27) oder
- einer stationären Rehabilitation (§§ 34 und 35).

[4]Bei einem Krankenhausaufenthalt beginnt die Vier-Wochen-Frist mit dem Aufnahmetag. [5]Bei einer Kürzung setzt die Leistung mit dem Entlassungstag wieder ein. [6]Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, die

ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 6b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) Anwendung findet, wird die Pauschalbeihilfe oder anteilige Pauschalbeihilfe auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gewährt.

38a.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

38a.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

38a.6 **Zu Absatz 6**

38a.6.1 [1]Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die Pauschalbeihilfe beziehen, sind regelmäßig Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchzuführen**:**

- Pflegegrad 2 oder 3: halbjährlich,
- Pflegegrad 4 oder 5: vierteljährlich.

[2]Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1, die zu Hause versorgt werden, und pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die häusliche Pflegehilfe oder Kombinationsleistung aus häuslicher Pflegehilfe und Pauschalbeihilfe in Anspruch nehmen, können den Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB XI einmal pro Halbjahr freiwillig in Anspruch nehmen.

38a.6.2 Die beihilfefähige Pauschale für den Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI beträgt 23 Euro für die Pflegegrade 1 bis 3 und 33 Euro für die Pflegegrade 4 und 5.

38b Zu § 38b – Kombinationsleistungen

38b.1 **Zu Absatz 1**

Bei einer Kombination der Leistungen nach § 38a Absatz 1 und 3 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

Beispiele:

1. [1]Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (649 Euro von 1 298 Euro) und das

Pflegegeld (272,50 Euro von 545 Euro) in Anspruch. [2]Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 30 % von 649 Euro	=	194,70 Euro
	- zum Pflegegeld: 30 % von 272,50 Euro	=	81,75 Euro
	gesamt	=	276,45 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 70 % von 649 Euro	=	454,30 Euro
	- Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld: 272,50 Euro abzüglich Anteil der privaten Pflegeversicherung	=	190,75 Euro
	gesamt	=	645,05 Euro

2. [1]Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (649 Euro von 1 298 Euro) und das Pflegegeld (272,50 Euro von 545 Euro) in Anspruch. [2]Die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. [3]Als Person nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 50 % von 649 Euro	=	324,50 Euro
	- zum Pflegegeld: 50 % von 272,50 Euro	=	136,25 Euro
	gesamt	=	460,75 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: in gleicher Höhe wie die Leistung der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 46 Absatz 4)	=	324,50 Euro
	- Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld: 50 % von		

	440 Euro = 220 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 110 Euro	=	136,25 Euro
	gesamt	=	460,75 Euro

38b.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

38b.3 **Zu Absatz 3**

[1]Pflegebedürftige, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden erhalten neben den Leistungen nach § 39a anteilige Pauschalbeihilfe, wenn eine häusliche Pflege möglich ist. [2]Ist im häuslichen Bereich die Pflege (z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, kann Beihilfe nach Maßgabe des § 38c oder des § 38e gewährt werden. [3]Eine Anrechnung auf die Beihilfe nach § 39a ist nicht vorzunehmen. [4]Sofern für den Pflegebedürftigen in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine Beihilfegewährung nach § 38c oder § 38e nicht erfolgen. [5]Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit der Beihilfe zu den Aufwendungen nach § 39a abgegolten.

38c Zu § 38c – Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

38c.1 Aufwendungen für Verhinderungspflege sind nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 beihilfefähig.

38c.2 [1]Der beihilfefähige Betrag der Verhinderungspflege beträgt 1 612 Euro für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. [2]Die Hälfte des beihilfefähigen Betrages für Kurzzeitpflege kann auch für Aufwendungen für Verhinderungspflege genutzt werden.

38c.3 [1]Während einer Verhinderungspflege wird die Pauschalbeihilfe bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt, wenn vor der Verhinderungspflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. [2]Bei Verhinderungspflege erfolgt keine Kürzung der Pauschalbeihilfe für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Verhinderungspflege. [3]Für die Höhe der Pauschalbeihilfe ist die geleistete Höhe der Pauschalbeihilfe vor Beginn der Verhinderungspflege maßgebend.

38d Zu § 38d – Teilstationäre Pflege

38d.1 Zu Absatz 1

38d.1.1 Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege sind entsprechend § 41 SGB XI bis zu folgender Höhe beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	689 Euro/Monat
3	1 298 Euro/Monat
4	1 612 Euro/Monat
5	1 995 Euro/Monat

38d1.2 Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege umfassen:
- die pflegebedingten Aufwendungen,
- die Aufwendungen für Betreuung und
- die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

38d.1.3 [1]Bei vorübergehender Abwesenheit Pflegebedürftiger von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für teilstationäre Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des §87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. [2]Das heißt, dass im Fall vorübergehender Abwesenheit von der teilstationären Pflegeeinrichtung die Freihaltegebühren für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr beihilfefähig sind. [3]Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen sind die Freihaltegebühren für die gesamte Dauer dieser Aufenthalte beihilfefähig. [4]In den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sind 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.

38d.1.4 Aufwendungen der teilstationäre Pflege sind zusätzlich zu Aufwendungen nach § 38a Absatz 1, 3 oder § 38b beihilfefähig, ohne dass eine Anrechnung auf diese Aufwendungen erfolgt.

38e Zu § 38e – Kurzzeitpflege

38e.1 Aufwendungen für Kurzzeitpflege sind nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 beihilfefähig.

38e.2 [1]Der beihilfefähige Betrag der Kurzzeitpflege beträgt 1 612 Euro für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. [2]Der beihilfefähige Betrag für Verhinderungspflege kann auch für Aufwendungen der Kurzzeitpflege genutzt werden.

38e.3 [1]Während einer Kurzzeitpflege wird die Pauschalbeihilfe bis zu acht Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt, wenn vor der Kurzzeitpflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. [2]Bei Kurzzeitpflege erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes für den ersten und den letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege. [3]Für die Höhe der Pauschalbeihilfe ist die geleistete Höhe der Pauschalbeihilfe vor Beginn der Kurzzeitpflege maßgebend.

38f Zu § 38f – Ambulant betreute Wohngruppen

38f.1 [1]Der beihilfefähige Leistungsbetrag des Wohngruppenzuschlages beträgt 214 Euro pro Monat. [2]Von maximal zwölf Personen, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe wohnen dürfen, müssen mindestens drei pflegebedürftig sein.

38f.2 [1]Im Einzelfall prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die Medicproof GmbH für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung bei Vorliegen der Kombination von teilstationärer Pflege und dem Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft unter Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlages nach § 38a SGB XI, ob die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. [2]In diesen Fällen ist bei der Gewährung von Beihilfe für teilstationäre Pflege neben dem pauschalen Zuschlag für Wohngruppen auf die Entscheidung der Pflegeversicherung abzustellen.

38f.3 Aufwendungen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen werden dann beihilfefähig anerkannt, wenn entsprechende Zuschüsse seitens der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gezahlt werden.

38g Zu § 38g – Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

38.g.1 [1]Zur Verwaltungsvereinfachung und Entlastung der Versicherten und Pflegebedürftigen von Bürokratie ist – auch zur Feststellung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen – keine ärztliche Verordnung zum Nachweis der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln erforderlich, wenn im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, getroffen werden. [2]Diese Vereinfachung umfasst auch Hilfsmittel, die dem SGB V unterfallen. [3]Allerdings hat

der Gesetzgeber für diese Hilfsmittel die Vereinfachung bis zum 31. Dezember 2020 befristet.

38g.2 Werden Aufwendungen für Pflegehilfsmittel von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung als solche nicht bezuschusst oder anerkannt, sind die Aufwendungen nach § 25 BBhV auf Beihilfefähigkeit zu prüfen.

38h Zu § 38h – Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

38h.1 **zu Absatz 1**

[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 nach Anhang 3 zu verwenden. [3]Änderungen der Verhältnisse, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind der für die pflegebedürftige Person zuständigen Festsetzungsstelle unverzüglich mitzuteilen.

38h.2 **zu Absatz 2**

38h.2.1 Dem Grundsatz des § 173 SGB VI und § 349 Absatz 4a SGB III entsprechend, hat die Festsetzungsstelle anteilig den von der Beihilfe zu tragenden Anteil an den zuständigen Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen.

38h.2.2 Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die im Beitragsjahr (Kalenderjahr) versicherungspflichtigen Pflegepersonen erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags der Festsetzungsstelle für das Kalenderjahr, in dem die Pflege geleistet wurde (§ 349 Absatz 5 Satz 2 SGB III), wohingegen die Rentenversicherungsbeiträge monatlich zu zahlen sind.

38h.2.3 [1]Die Rentenversicherungsbeiträge sind nach dem einheitlichen Verteilungsschlüssel, der jährlich von der Deutschen Rentenversicherung festgelegt wird, an die Deutsche Rentenversicherung Bund und an den zuständige Regionalträger, in dessen Bereich die Festsetzungsstelle ihren Sitz hat, zu zahlen. [2]Das BMI wird jährlich durch Rundschreiben die prozentuale Verteilung der Beiträge bekanntgeben. [3]Die Beiträge sind unter Angabe der von der Bundesagentur für Arbeit vergebenen Betriebsnummer von der zuständigen Festsetzungsstelle zu überweisen. [4]Soweit die Festsetzungsstelle keine Betriebsnummer besitzt, ist eine solche beim Betriebsnummernservice der Bundesagentur für Arbeit zu beantragen.

38h.2.4 Der Beleg zur Überweisung der Rentenversicherungsbeiträge muss im Feld „Verwendungszweck" folgende Angaben enthalten:

1. Zeile:

- Betriebsnummer der zahlenden Stelle (achtstellig)
- Monat (zweistellig) und Jahr (zweistellig), für den die Beiträge gezahlt werden
- Kennzeichen „West" oder „Ost"

2. Zeile:

- „RV-BEITRAG-PFLEGE".

38h.2.5 Einzelheiten der Zahlungsabwicklung einschließlich Zahlungsfristen ergeben sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesagentur für Arbeit, Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen vom 13. Dezember 2016, das auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung.de) veröffentlicht ist.

39 Zu § 39 – Vollstationäre Pflege

39.1 Zu Absatz 1

39.1.1 Die Aufwendungen für vollstationäre Pflege sind in Höhe des Anspruchs nach § 43 Absatz 2 SGB XI beihilfefähig:

Pflegegrad	Beihilfefähige Aufwendungen
2	770 Euro/Monat
3	1 262 Euro/Monat
4	1 775 Euro/Monat
5	2 005 Euro/Monat

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 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.

39.1.4 [1]Bei vorübergehender Abwesenheit Pflegebedürftiger von der Pflegeeinrichtung 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 von der vollstationären Pflegeeinrichtung für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für die pflegebedürftige Person freizuhalten ist. [3]Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen sind die Freihaltegebühren für die gesamte Dauer dieser Aufenthalte beihilfefähig. [4]In den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sind 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.

39.1.5 Der Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen der stationären Pflege beginnt mit dem Tag des Einzugs in die Pflegeeinrichtung und endet mit dem Tag des Auszugs oder des Todes.

39.2 **Zu Absatz 2**

39.2.1 [1]Aufwendungen für die Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, sowie Verpflegung, Unterkunft einschließlich Investitionskosten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. [2]Vorrangig sind zur Deckung der vorgenannten, verbleibenden Kosten immer Eigenmittel einzusetzen. [3]Aus Fürsorgegründen kann aber zu diesen Aufwendungen Beihilfe gewährt werden, wenn den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen von ihren Einkünften nicht ein rechnerischer Mindestbetrag verbleibt. [4]Für die Berechnung des zu belassenden Mindestbetrages wird immer die aktuelle Besoldungstabelle des jeweiligen Pflegemonat zugrunde gelegt. [5]Bei rückwirkender Besoldungserhöhung erfolgt keine Neuberechnung.

Beispiel 1 (Besoldungstabelle Stand 1. Februar 2017):
Ehepaar
Beihilfeberechtigter (Versorgungsempfänger, letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 3, Ehefrau nicht pflegebedürftig, keine weiteren berücksichtigungsfähigen Personen

1.	Rechnungsbetrag:	3 184,50 €
2.	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	24,50 €
3.	Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	1 262,00 €
4.	nicht gedeckte Aufwendungen:	1 898,00 €
5.	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	2 324,63 €
6.	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	2 134,70 €

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	gesamt
Nr. 1	427,31 €		
Nr. 2		1 602,42 €	
Nr. 3			
Nr. 4	104,97 €		
Summe	**532,28 €**	**1 602,42 €**	**2 134,70 €**

7.	selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./. Pos. 6.):	189,93 €
8.	zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 4. ./. Pos. 7.):	1 708,07 €

Beispiel 2 (Besoldungstabelle Stand 1. Februar 2017):
Alleinstehender Beihilfeberechtigter (Versorgungsempfänger, letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 3

1.	Rechnungsbetrag:	3 184,50 €
2.	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	24,50 €
3.	Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	1 262,00 €
4.	nicht gedeckte Aufwendungen:	1 898,00 €
5.	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	2 324,63 €
6.	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	532,28 €

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	gesamt
Nr. 1	427,31 €		
Nr. 2			
Nr. 3			
Nr. 4	104,97 €		
Summe	**532,28 €**		**532,28 €**

7. selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./. Pos. 6.): 1 792,35 €
8. zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 4. ./. Pos. 7.): 105,65 €

Beispiel 3 (Besoldungstabelle Stand 1. Februar 2017):
Ehepaar mit einem berücksichtigungsfähigen Kind (Beihilfeberechtigter, Besoldungsgruppe A 13, Stufe 8), Ehefrau in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 5

1. Rechnungsbetrag: 4 019,56 €
2. Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon): 64,50 €
3. Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung: 2 005,00 €
4. nicht gedeckte Aufwendungen: 1 950,06 €
5. Einnahmen nach § 39 Absatz 3: 4 755,35 €
6. von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben: 2 296,25 €

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	Kind	gesamt
Nr. 1		427,31 €		
Nr. 2	1 602,42 €			
Nr. 3			160,24 €	
Nr. 4	160,24 €			
Summe	**1 762,66 €**	**427,31 €**	**160,24 €**	**2 350,21 €**

7. selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./. Pos. 6.): 2 405,14 €
8. die nicht gedeckten Aufwendungen liegen unter dem selbst zu tragendem Anteil (Pos. 4. ./. Pos. 7.), daher ist keine zusätzliche Beihilfe zu gewähren.

39.2.2 Das Grundgehalt im Sinne der Verordnung ist der ausgewiesene Betrag der Tabelle der Bundesbesoldungsordnung ohne die Amtszulage nach § 42 BBesG.

39.2.3 Bei beihilfeberechtigten verwitweten Versorgungsempfängern, die nicht selbst in einem aktiven Dienstverhältnis gestanden haben, ist das Grundgehalt der letzten Besoldungsgruppe der verstorbenen beihilfeberechtigten Person zugrunde zu legen.

39.2.4 [1]Sofern nach Nummer 39.1.6 die Pauschale für stationäre Pflege nur anteilig als beihilfefähig anerkannt werden kann, sind auch

- die Kosten für die Pflegeleistungen, die über die nach § 39 Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen,
- die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie
- die Investitionskosten

nur anteilig zu berücksichtigen. [2]Satz 1 gilt entsprechend für den Mindestbetrag.

39.3 **Zu Absatz 3**

39.3.1 Bei den Einnahmen bleiben unberücksichtigt:

- Einnahmen von Kindern,
- Einnahmen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch [SGB IV]) und
- Leistungsprämien nach § 42a BBesG.

39.3.2 Auf Grund des eindeutigen Bezugs auf § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 BBesG finden Zulagen nach § 1 Absatz 2 Nummer 4 und § 42 BBesG keine Berücksichtigung.

39.3.3 [1]Eine Rente ist immer mit dem Zahlbetrag nach Satz 1 Nummer 3 zu berücksichtigen. [2]Sofern die Ehegattin oder der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner neben einer Rente weitere Einnahmen nach § 2 Absatz 3 EStG hat, sind diese ohne den Rentenanteil zu berücksichtigen.

39.3.4 Nummer 39.2.3 gilt entsprechend bei der Berechnung der Einnahmen.

39.4 **Zu Absatz 4**

§ 43b SGB XI zielt darauf ab, zusätzliches Personal für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, in den Einrichtungen bereit zu stellen. [2]Die Aufwendungen für diesen Vergütungszuschlag sind in allen stationären Einrichtungen einschließlich teilstationärer Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege in voller Höhe beihilfefähig.

39.5 **Zu Absatz 5**

[1]Pflegeeinrichtungen, deren aktivierende und rehabilitative Maßnahmen zu einem niedrigeren Pflegegrad oder dessen Wegfall führen, erhalten einen zusätzlichen Betrag seit 1.1.2017 in Höhe von 2 952 Euro zum Bemessungssatz. [2]Der Betrag unterliegt alle drei Jahre einer Dynamisierungsprüfung.

39.6 **Zu Absatz 6**
(unbesetzt)

39a Zu § 39a – Einrichtungen der Behindertenhilfe

39a.1 [1]Beihilfefähig sind 10 Prozent des nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 266 Euro monatlich. [2]Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen behinderten Menschen zu Hause gepflegt und betreut werden, anteilige Pauschalbeihilfe gewährt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. [3]Inhalt der Vereinbarung nach § 75 Absatz 3 SGB XII ist gemäß § 76 Absatz 2 SGB XII die Vergütung für die Leistungen bestehend aus den Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale) und für die Maßnahmen (Maßnahmepauschale), so dass auch die Kosten der teilstationären Unterbringung (z. B. für die Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen) in die Berechnung der 10-Prozent-Regelung einzubeziehen sind.

39a.2 Bei zu Hause gepflegten pflegebedürftigen Personen, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließlich nach § 38e.

39b Zu § 39b – Aufwendungen bei Pflegegrad 1

Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind nur die enumerativ aufgeführten Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig. Diese entsprechen weitestgehend den Leistungen nach § 28a SGB XI.

40 Zu § 40 – Palliativversorgung

40.1 Zu Absatz 1

40.1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

40.1.2 Erhöhte Aufwendungen, die auf Grund der besonderen Belange der zu betreuenden Kinder anfallen, sind beihilfefähig.

40.1.3 [1]Die Aufwendungen für eine solche Versorgung sind bis zur Höhe der nach § 132d Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbarten Vergütung beihilfefähig. [2]Für beihilfeberechtigte Personen nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Personen

bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren.

40.1.4 Auf beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sind die Nummern 40.1.1 und 40.1.2 entsprechend anzuwenden.

40.1.5 Durch den Verweis in Satz 2 auf § 37b Absatz 3 SGB V bestimmt sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für SAPV im Übrigen hinsichtlich der Voraussetzungen, Art und Umfang nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

40.2 **Zu Absatz 2**

40.2.1 [1]Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, das heißt leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. [2]Aufwendungen für die Behandlung in einem Hospiz sind nur dann beihilfefähig, wenn das Hospiz einen Versorgungsvertrag mit mindestens einer Krankenkasse abgeschlossen hat.

40.2.2 [1]Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland am 8. Dezember 2015 trägt die Krankenkasse die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen nach SGB XI (Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege) zu 95 Prozent. [2]Der Zuschuss darf dabei kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV nicht unterschreiten. [3]Beihilfefähig sind deshalb 95 Prozent der tatsächlichen Aufwendungen (einschließlich Unterkunft und Verpflegung), mindestens jedoch kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV. [4]Für 2017 ergeben sich folgende kalendertägliche Mindestbeträge:

- Ost: 239,40 Euro,
- West: 267,75 Euro.

[5]Soweit andere Sozialleistungsträger Zuschüsse gewähren, sind diese im Rahmen des § 9 Absatz 1 anzurechnen.

40.2.3 [1]In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist. [2]In diesem Fall orientiert sich die beihilfefähige „angemessene Vergütung“ an dem Betrag, den die GKV ihrem Zuschuss

zugrunde gelegt hat. [3]Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Vergütung.

40.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

Kapitel 4
Aufwendungen in anderen Fällen

41 Zu § 41 – Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

41.1 **Zu Absatz 1**

41.1.1 [1]Folgende Aufwendungen für Maßnahmen zur ärztlichen Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge sind beihilfefähig:

1. bei Minderjährigen bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes nicht nur geringfügig gefährden (§ 26 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
2. bei Minderjährigen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr die Aufwendungen für eine Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige oder soziale Entwicklung nicht nur geringfügig gefährden, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze) (§ 26 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
3. bei Frauen und Männern vom vollendeten 18. Lebensjahr die Aufwendungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen (§ 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
4. bei Frauen und Männern vom vollendeten 35. Lebensjahr an die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus (§ 25 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
5. Schutzimpfungen (§ 20i SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2).

[2]Inhalt, Zielgruppe, Altersgrenze, Häufigkeit, Art und Umfang der Maßnahmen nach Satz 1 richten sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“),
2. zur Jugendgesundheitsuntersuchung („Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“),

3. über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“),
4. über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“),
5. über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V.

[3]Die vorstehend genannten Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlicht.

41.1.2 [1]Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und von Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden und über den Leistungsumfang nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehen oder nicht in Anlage 13 zur BBhV aufgeführt sind, können nicht als beihilfefähige Aufwendungen der Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen anerkannt werden. [2]Es bleibt zu prüfen, ob es sich in diesen Fällen um eine medizinisch notwendige Behandlung handelt, die auf Grund einer Diagnosestellung erfolgte.

41.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

41.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

41.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

41.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

42 Zu § 42 – Schwangerschaft und Geburt

42.0 § 42 ist auch anzuwenden auf die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Niederkunft einer berücksichtigungsfähigen Tochter der beihilfeberechtigten Person.

42.1 **Zu Absatz 1**

42.1.1.1 **Zu Absatz 1 Nummer 1**

Für Aufwendungen der Schwangerschaftsüberwachung können die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung

(„Mutterschafts-Richtlinien“) in der jeweils gültigen Fassung zugrunde gelegt werden.

42.1.1.2 [1]Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. [2]Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. [3]In diesem Zusammenhang sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

42.1.2 **Zu Absatz 1 Nummer 2**

Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung.

42.1.3 **Zu Absatz 1 Nummer 3**
(unbesetzt)

42.1.4 **Zu Absatz 1 Nummer 4**

Wird die Haus- und Wochenpflege durch den Ehegatten, die Lebenspartnerin, die Eltern oder die Kinder der Wöchnerin durchgeführt, sind nur beihilfefähig die Fahrtkosten und das nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen der die Haus- und Wochenpflege durchführenden Person.

42.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

43 Zu § 43 – Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

43.1 **Zu Absatz 1**

43.1.1 [1]Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist in Anlehnung an die nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V erlassenen Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung) geregelt. [2]Die Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlicht.

43.1.2 [1]Aufwendungen für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 Prozent der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System (das heißt bei Ehegatten) durchgeführt werden und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. [2]Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Kostenerstattung.

43.1.3 [1]Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung sind nur beihilfefähig, wenn

- Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit (z. B. Fertilisierungsoperationen, alleinige hormonelle Stimulation) keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind,
- bei beiden Ehegatten der HIV-Status bekannt ist,
- bei der Ehefrau ein ausreichender Schutz gegen eine Rötelninfektion besteht,
- beide Ehegatten das 25. Lebensjahr vollendet haben,
- die Ehefrau das 40. Lebensjahr und der Ehemann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

[2]Die maßgeblichen Altersgrenzen für beide Ehegatten müssen in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus oder des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein.

43.1.4 [1]Nach Geburt eines Kindes sind Aufwendungen für die Herbeiführung einer erneuten Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung nach Nummer 43.1.2 beihilfefähig. [2]Dies gilt auch, wenn eine sogenannte „klinische Schwangerschaft“ (z. B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.

43.1.5 Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

43.1.6 Behandlungsmethoden, Begrenzung der Versuchszahlen und Indikationen:

43.1.6.1 intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, ggf. nach Ovulationstiming ohne Polyvulation (drei oder mehr Follikel);

höchstens acht Versuche;

Indikationen: somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastenose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

43.1.6.2 intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel);

höchstens drei Versuche;

Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

43.1.6.3 In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryotransfer (ET), ggf. als Zygotentransfer oder als intratubarer Embryotransfer (EIFT – Embryointrafallopiantransfer);

höchstens drei Versuche; der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat;

Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind;

43.1.6.4 Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT [gamete intrafallopian transfer]);
Indikationen: anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung – einschließlich einer psychologischen Exploration – ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind;

43.1.6.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI);

höchstens drei Versuche; (der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat);

Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermiogramme im Abstand von mindestens zwölf Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas die Grenzwerte gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder Swim-up-Test) – unterschreiten.

43.1.7 [1]Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur IVF als auch zum GIFT vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. [2]IVF und ICSI dürfen auf Grund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. [3]Einzige Ausnahme ist die Fallkonstellation eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer IVF. [4]In diesem Fall kann in maximal zwei darauffolgenden Zyklen die ICSI zur Anwendung kom-

men, auch wenn die Voraussetzungen nach Nummer 43.1.6.5 nicht vorliegen. [5]Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sog. Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.

43.1.8 [1]Die IVF gilt als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. [2]Die ICSI gilt als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle(n) erfolgt ist.

43.1.9 [1]Die Zuordnung der Kosten zu den Ehegatten erfolgt in enger Anlehnung an Nummer 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung. [2]Das bedeutet, dass die Aufwendungen der Person zuzurechnen sind, bei der die Leistung durchgeführt wird. [3]Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, ggf. einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens (Reifung der Samenzellen, ohne die eine Befruchtung der Eizelle nicht möglich ist) sowie für den HIV-Test beim Ehemann entfallen auf den Ehemann. [4]Aufwendungen für die Beratung der Ehegatten nach Nummer 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen entfallen auf die Ehefrau. [5]Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken) und die ggf. in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Ehemann. [6]Aufwendungen für extrakorporale Maßnahmen werden demjenigen zugeordnet, bei dem die Maßnahmen durchgeführt werden (so werden z. B. Aufwendungen für Maßnahmen zur Behandlung von Fertilitätsstörungen des Mannes diesem zugeordnet).

43.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

43.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

43.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

43.5 **Zu Absatz 5**

Liegt eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 oder Absatz 3 des Strafgesetzgesetzbuchs (StGB) vor,

bedarf es grundsätzlich keiner weitergehenden Prüfung der Rechtmäßigkeit durch die Festsetzungsstelle.

44 Zu § 44 – Überführungskosten

44.1 [1]Neben den geregelten Fällen sind Aufwendungen anlässlich des Todes nicht beihilfefähig. [2]Die BBhV regelt nur die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen.

44.2 Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen aus Anlass der Todesfeststellung nach Nummern 100 bis 107 der Anlage zur GOÄ einschließlich des in diesem Zusammenhang berechneten Wegegeldes nach § 8 GOÄ.

45 Zu § 45 – Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe

45.1 Zu Absatz 1

45.1.1 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Erste Hilfe umfassen den Einsatz von Rettungskräften, Sanitäterinnen, Sanitätern und anderen Personen und die von ihnen verbrauchten Stoffe (z. B. Medikamente, Heil- und Verbandmittel).

45.1.2 Eine behördlich angeordnete Entseuchung kommt insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz in Betracht.

45.2 Zu Absatz 2

[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. [2]Als Kommunikationshilfen kommen Gebärdensprachdolmetscherinnen, Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscherinnen, Schriftdolmetscher oder andere nach der Kommunikationshilfeverordnung zugelassene Hilfen in Betracht. [3]Als beihilfefähig anzuerkennen sind die nachgewiesenen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Person bis zur Höhe der im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) vorgesehenen Sätze (derzeit 70 Euro pro Stunde für Dolmetscherinnen und Dolmetscher [§ 45 Absatz 2 Nummer 1 BBhV in Verbindung mit § 9 Absatz 2 des Behindertengleichstellungsgesetzes, § 5 Absatz 1 Satz 1 der Kommunikationshilfeverordnung und § 9 Absatz 3 JVEG]); entschädigt werden die Einsatzzeit zuzüglich erforderlicher Reisezeiten (§ 8 Absatz 2 JVEG) und erforderliche Fahrtkosten (§ 8 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 5 JVEG) der Kommunikationshilfe. [4]Die Beihilfefähigkeit be-

schränkt sich auch dann auf den individuellen Bemessungssatz, wenn die ergänzende Krankenversicherung Leistungen für Kommunikationshilfen nicht gewährt. [5]Anders als im Verwaltungsverfahren ist die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe z. B. beim Besuch einer Ärztin oder eines Arztes immer eine Sache der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person.

45a Zu § 45a – Organspende und andere Spenden

45a.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

45a.2 **Zu Absatz 2**

Zu den Auswirkungen des Bezugs von Leistungen zum Ausgleich des Verdienstausfalls von Organ- oder Gewebespendern nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes wird auf das Schreiben der Deutschen Rentenversicherung Bund verwiesen, das mit Rundschreiben des BMI vom 10. Januar 2013 - D 6 – 213 106-11/0#0 - bekanntgegeben wurde.

45a.3 **Zu Absatz 3**

Neben den Aufwendungen der Registrierung sind auch die Aufwendungen für die Suche nach einem geeigneten Spender im Zentralen Knochenmarkspender-Register beihilfefähig.

45b Zu § 45b – Klinisches Krebsregister

45b.1 **Zu Absatz 1**

45b.1.1 [1]Der Bund hat zum 1. Oktober 2016 mit dem Klinischen Krebsregister Berlin Brandenburg eine Vereinbarung zur Kostenbeteiligung der Beihilfe des Bundes geschlossen. [2]Der Vertrag ist offen für den Beitritt anderer Krebsregister. [3]Das BMI wird über weitere Beitritte durch Rundschreiben informieren.

45b1.2 Aufwendungen für eine klinische Krebsregistrierung werden der Festsetzungsstelle von den klinischen Krebsregistern in Rechnung gestellt und sind direkt an diesen entsprechend dem Bemessungssatz zu zahlen, wenn die Registrierung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte.

45b.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

Kapitel 5
Umfang der Beihilfe

46 Zu § 46 – Bemessung der Beihilfe

46.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

46.2 **Zu Absatz 2**

Zu den Waisen im Sinne der Nummer 4 gehören auch Halbwaisen, soweit sie Halbwaisengeld beziehen.

46.3 **Zu Absatz 3**

46.3.1 [1]Die beihilfeberechtigten Personen bestimmen mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. [2]Eine gesonderte Erklärung der beihilfeberechtigten Personen ist nicht erforderlich.

46.3.2 Bei Personen, die heilfürsorgeberechtigt sind oder Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben, besteht keine Konkurrenz zu einer anderen beihilfeberechtigten Person, weil die Aufwendungen für diesen Personenkreis nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind.

46.3.3 Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen mit unterschiedlichen Dienstherren (z. B. Bund – Land; Bund – Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung nach dem Formblatt im Anhang 1 zu übersenden.

46.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

47 Zu § 47 – Abweichender Bemessungssatz

47.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

47.2 **Zu Absatz 2**

47.2.1 Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 Prozent der Aufwendungen ermöglicht.

47.2.2 [1]In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 14,50 Euro täglich einzubeziehen. [2]Ein von dritter Seite gezahlter Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag ist bei der Gegenüberstellung von dem zu zahlenden Beitragsaufwand abzuziehen.

47.2.3 [1]Der Krankenversicherungsbeitrag und die Gesamteinkünfte sind zu belegen. [2]Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Absatz 2 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. [3]Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen. [4]Nach spätestens drei Jahren sind die Voraussetzungen auf die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf Grund eines erneuten Antrags neu zu prüfen.

47.2.4 Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt.

47.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

47.4 **Zu Absatz 4**

47.4.1 [1]Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter Behandlung und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung der oder des Versicherten beiträgt, das heißt zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen deckt. [2]Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. [3]Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. [4]Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

47.4.2 [1]Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. [2]Ein Leistungsausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für

einzelne Behandlungen generell keine oder nur reduzierte Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. [3]Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehene Wartezeit anfallen.

47.4.3 [1]Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. [2]Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

47.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

47.6 **Zu Absatz 6**
(unbesetzt)

47.7 **Zu Absatz 7**
(unbesetzt)

47.8 **Zu Absatz 8**

47.8.1 [1]Die Regelung beinhaltet die Möglichkeit eines Nachteilsausgleichs für Personen, die in Folge einer Gesetzesänderung Beihilfeberechtigte des Bundes werden und zuvor Beihilfe nach Landesrecht bezogen haben. [2]Ausgeglichen werden können aber nur Nachteile, die sich aus unterschiedlichen Regelungen zum Bemessungssatz ergeben. [3]Nicht erfasst werden eventuelle anderweitige Benachteiligungen wie z. B. bei der Beihilfefähigkeit einzelner Aufwendungen.

47.8.2 [1]Zur Herbeiführung der Festlegung ist ein formloses Ersuchen des Bundesministeriums, das nach der Geschäftsverteilung der Bundesregierung für die Belange der beihilfeberechtigten Personen zuständig ist, erforderlich (Satz 2). [2]Das Ersuchen soll folgende Angaben enthalten:

- betroffene Personengruppe (genau zu spezifizieren),
- gesetzliche Grundlage für das Entstehen eines Beihilfeanspruchs nach der BBhV,
- Sachverhalte, für die nach Landesrecht ein vom Bundesrecht abweichender, günstigerer Bemessungssatz gegolten hat,

- Bemessungssatz nach Landesrecht,
- Vorschlag für eine Abweichung vom Bemessungssatz nach der BBhV.

48 Zu § 48 – Begrenzung der Beihilfe

48.1 Zu Absatz 1

48.1.1 [1]Um den nach Satz 1 zulässigen Höchstbetrag der Beihilfe berechnen zu können, sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Kranken- und Pflegeversicherung gegenüberzustellen. [2]Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z. B. Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen, deren Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist. [3]Sind z. B. für eine berücksichtigungsfähige Person die Aufwendungen für eine Sehhilfe nach Anlage 11 Abschnitt 4 Unterabschnitt 1 BBhV beihilfefähig, dann zählen die Aufwendungen für eine Sehhilfe nur für diese Person zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, nicht jedoch die Aufwendungen für Sehhilfen beihilfeberechtigter oder weiterer berücksichtigungsfähiger Personen. [4]Die Aufwendungen für Lifestyle-Arzneimittel gehören grundsätzlich nicht zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen (§ 22 Absatz 2 Nummer 1). [5]Die Aufwendungen für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur dann dem Grunde nach beihilfefähig, wenn die BBhV dies ausnahmsweise ausdrücklich bestimmt (§ 22 Absatz 2 Nummer 2 und 3 sowie § 50 Absatz 1 Nummer 2).

48.1.2 Beitragserstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.

48.2 Zu Absatz 2

[1]Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Prozentsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. [2]Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. [3]Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.

49 Zu § 49 – Eigenbehalte

49.1 Zu Absatz 1

49.1.1 Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte nach § 22 Absatz 1 Nummer 4.

49.1.2 [1]Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg, auch für Arznei- und Verbandmittel aus Versandapotheken. [2]Von Apotheken gewährte Rabatte sind zu berücksichtigen.

49.1.3 [1]Ist auf Grund der Verordnung kein Packungsgrößenkennzeichen oder keine Bezugseinheit bestimmbar (z. B. bei Sondennahrung), bestimmt die Verordnungszeile die Höhe der Eigenbehalte. [2]Das kann dazu führen, dass bei Dauerverordnung (z. B. für enterale Ernährung) ein Eigenbehalt nur einmal erhoben wird.

49.1.4 [1]Bei Aufwendungen für Betrieb, Unterhaltung und Reparatur von Hilfsmitteln sind keine Eigenbehalte abzusetzen. [2]Der Eigenbehalt gilt nur bei Anschaffung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln. [3]Bei Miete eines Hilfsmittels ist nur einmalig für die erste Miete ein Eigenbehalt abzusetzen.

49.1.5 [1]Sofern aus der ärztlichen Verordnung nichts anderes hervorgeht, ist die in der Verordnung angegebene Stückzahl als „Monatsbedarf“ im Sinne von Satz 2 anzusehen. [2]Der Monatsbedarf ist auf den Kalendermonat zu beziehen. [3]Der Mindestabzugsbetrag in Höhe von 5 Euro ist hier nicht anzuwenden.

49.1.6 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten unterliegen grundsätzlich dem Abzug von Eigenbehalten, außer den bereits durch einen Höchstbetrag begrenzten Fahrtkosten nach § 35 Absatz 2.

49.1.7 [1]Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne der §§ 26 und 26a entstehenden Beförderungskosten ist der Abzugsbetrag nach Satz 1 Nummer 3 nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen. [2]Dies gilt entsprechend bei ambulant durchgeführten Operationen bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen im jeweiligen Behandlungsfall, bei teilstationärer Behandlung (Tagesklinik) sowie bei einer ambulanten Chemo-/ Strahlentherapieserie.

49.2 **Zu Absatz 2**

49.2.1 [1]Der Abzugsbetrag ist sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu berücksichtigen. [2]Die Abzugsbeträge sind für jedes Kalenderjahr gesondert zu beachten, dies gilt auch bei durchgehendem stationärem Krankenhausaufenthalt über den Jahreswechsel.

49.2.2 Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag:

- Entbindungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen,
- ambulante Operationen im Krankenhaus,
- Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus.

49.3 **Zu Absatz 3**

[1]Der Abzugsbetrag in Höhe von zehn Prozent der Aufwendungen für eine vorübergehende häusliche Krankenpflege (§ 27) ist begrenzt auf 28 Tage je Kalenderjahr. [2]Bei einem erneuten Krankheitsfall im selben Kalenderjahr werden deshalb keine Abzugsbeträge mehr in Ansatz gebracht, soweit die Krankenpflege insgesamt mehr als 28 Tage in Anspruch genommen worden ist. [3]Neben dem Abzugsbetrag für die häusliche Krankenpflege wird für jede ärztliche Verordnung ein Betrag von 10 Euro von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen.

49.4 **Zu Absatz 4**

Zur Unterstützung für die Ermittlung der beihilfefähigen Arzneimittel, für die kein Eigenbehalt nach Nummer 4 Buchstabe b zu berücksichtigen ist, können die von den Spitzenorganisationen der Krankenkassen festzulegenden zuzahlungsbefreiten Arzneimittel nach § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V genutzt werden.

49.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

50 Zu § 50 – Belastungsgrenzen

50.1 **Zu Absatz 1**

50.1.1 [1]Eine Befreiung von Eigenbehalten wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. [2]Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Aufwendungen entstanden sind. [3]Die Befreiung von Eigenbehalten umfasst sowohl die Eigenbehalte der beihilfeberechtigten als auch der berücksichtigungsfähigen Personen.

50.1.2 [1]Der Begriff der chronischen Erkrankung bestimmt sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie); die Richtlinie ist auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschuss (www.g-ba.de) veröffentlicht. [2]Wer künftig chronisch an einer Krebsart erkrankt (dies gilt für nach

dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen) muss außerdem durch geeignete Unterlagen (z. B. Rechnungskopien oder ärztliche Bescheinigungen) nachweisen, dass sie oder er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen, die zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt sind. [3]Der erforderliche Nachweis bezieht sich nur auf die Durchführung der Beratung. [4]Vorsorgeuntersuchungen selbst müssen daraufhin nicht in Anspruch genommen worden sein. [5]Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige “chronische Krankheit“ vor. [6]Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. [7]Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann sowie beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden. [8]Die beihilfeberechtigte Person muss nachweisen (z. B. durch Vorlage ärztlicher Bescheinigung, mehrerer Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrerer Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. [9]Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn es keine Anzeichen für einen Wegfall der chronischen Erkrankung gibt.

50.1.3 [1]Die Eigenbehalte nach § 49 Absatz 1 bis 3 sind nur entsprechend der Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 46 zu berücksichtigen, da die beihilfeberechtigte Person auch nur mit diesem Betrag belastet ist. [2]Beispiel: Ein Arzneimittel kostet 50 Euro – 5 Euro Eigenbehalt = 45 Euro beihilfefähiger Betrag. [3]Bei einem Bemessungssatz von 50 Prozent werden 22,50 Euro Beihilfe ausgezahlt. [4]Ohne Eigenbehalt erhielte die beihilfeberechtigte Person eine Beihilfe von 25 Euro. [5]Die Differenz von 2,50 Euro entspricht der effektiven Belastung der beihilfeberechtigten Person durch den Eigenbehalt.

50.1.4 [1]Bis zur Erreichung der Belastungsgrenze werden alle verordneten nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ohne Eigenbehalt entsprechend dem Bemessungssatz bei der Berechnung, ob die Belastungsgrenze erreicht wird, berücksichtigt. [2]Nach Erreichen der Belastungsgrenze werden ab diesem Zeitpunkt entstehende Aufwendungen für die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel als beihilfefähig anerkannt, wenn diese den festgelegten Betrag der entsprechenden Besoldungsgruppen übersteigen. [3]Für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger wird die vor Eintritt in den Ruhestand bezogene Besoldungsgruppe zugrunde gelegt. [4]Für Beamtinnen und Beamte im Vorbereitungsdienst gilt § 50 Absatz 1 Nummer 2.

Beispiele:

Berücksichtigung Belastungsgrenze

Besoldungs-gruppe	Abgabepreis des Arzneimit-tels	Beihilfefähiger Betrag (fiktiv)	Bemessungssatz	Beihilfe (fiktiv ohne Eigenbehalt)	Anrechnung für Belastungs-grenze
A 8	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 8	8,00 €	8,00 €	50 %	4,00 €	4,00 €
A 8	8,10 €	8,10 €	50 %	4,05 €	4,05 €
A 8	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 12	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 12	12,00 €	12,00 €	50 %	6,00 €	6,00 €
A 12	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €	6,05 €
A 12	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 15	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 15	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €	6,05 €
A 15	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 15	16,10 €	16,10 €	50 %	8,05 €	8,05 €

Beispiele:

Nach Erreichung der Belastungsgrenze

Besoldungs-gruppe	Abgabepreis des Arzneimit-tels	Beihilfefähiger Betrag	Bemessungs-satz	Beihilfe
A 8	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 8	8,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 8	8,10 €	8,10 €	50 %	4,05 €
A 8	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €
A 12	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 12	12,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 12	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €
A 12	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €
A 15	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 15	12,10 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 15	16,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 15	16,10 €	16,10 €	50 %	8,05 €

50.1.5 [1]Auch bei einem nichtverschreibungspflichtigen Festbetragsarzneimittel wird der volle Apothekenabgabepreis zum Bemessungssatz auf die Belastungsgrenze angerechnet. [2]Nach Überschreiten der Belastungsgrenze wird bei der Frage, ob die jeweilige Grenze nach der entsprechenden Besoldungsgruppe überschritten

wird, auf den vollen Apothekenabgabepreis des Arzneimittels abgestellt. [3]Erst bei der Berechnung der Beihilfe wird als beihilfefähiger Betrag der Festbetrag anerkannt, sofern er unter dem Apothekenabgabepreis liegt.

Beispiel:
nichtverschreibungspflichtiges Arzneimittel

Apothekenabgabepreis:	12,76 Euro
Festbetrag:	7,59 Euro

[4]Bei der Berechnung der Belastungsgrenze werden 12,76 Euro berücksichtigt. [5]Nach Überschreiten der Belastungsgrenze können 7,59 Euro als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach Prüfung bei Zugrundelegung des Apothekenabgabepreises von 12,76 Euro die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vorliegt.

50.2 **Zu Absatz 2**

50.2.1 Einnahmen einer Ehegattin, eines Ehegatten, einer Lebenspartnerin, eines Lebenspartners, die oder der privat krankenversichert ist, sind in die Berechnung der Belastungsgrenze einzubeziehen.

50.2.2 [1]Bei verheirateten beihilfeberechtigten Personen, die beide beihilfeberechtigt sind, erfolgt die Minderung der Einnahmen um 15 Prozent jeweils für jede beihilfeberechtigte Person gesondert. [2]Die Minderung für jedes Kind um den sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Betrag erfolgt mit Ausnahme der Personen, die heilfürsorgeberechtigt sind oder Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben, bei der beihilfeberechtigten Person, die den Familienzuschlag bezieht.

50.2.3 Liegen die Voraussetzungen für einen Freibetrag nach § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 EStG nicht für jeden Kalendermonat vor, ermäßigen sich die dort genannten Beträge um ein Zwölftel.

50.3 **Zu Absatz 3**

[1]Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, ist bei der Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. [2]Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb dieser Einrichtungen.

Kapitel 6
Verfahren und Zuständigkeit

51 Zu § 51 – Bewilligungsverfahren

51.1 Zu Absatz 1

51.1.1 [1]Die Festsetzungsstelle ist bei ihren Einzelfallentscheidungen an § 80 BBG, an die BBhV, an diese Verwaltungsvorschrift sowie an ergänzende Erlasse der obersten Dienstbehörde gebunden. [2]Soweit Festsetzungsstellen die Beihilfebearbeitung übertragen worden ist, bleibt oberste Dienstbehörde die Dienstbehörde des übertragenden Ressorts (vgl. auch § 3 Absatz 1 BBG).

51.1.2 [1]Die Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne nach § 14 Satz 2 und § 15a Absatz 1 Satz 2 gehören nicht zu den Gutachten im Sinne des Absatzes 1, deren Kosten von der Festsetzungsstelle zu tragen sind. [2]Die Aufwendungen für diese Heil- und Kostenpläne sind nach § 14 Satz 3 und § 15a Absatz 1 Satz 3 beihilfefähig.

51.1.3 Die Verpflichtung zur Pseudonymisierung personenbezogener Daten nach Satz 4 konkretisiert die Geheimhaltungspflicht nach § 55.

51.1.4 Nach Satz 2 hat die beihilfeberechtigte Person

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen und
- sich auf Verlangen der Festsetzungsstelle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung erforderlich sind.

51.1.5 Die Mitwirkungspflicht der beihilfeberechtigten Person besteht nicht, soweit

- ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zur beantragten Leistung steht,
- ihre Erfüllung unzumutbar ist,
- die Festsetzungsstelle sich die erforderlichen Kenntnisse mit geringerem Aufwand beschaffen kann als die beihilfeberechtigte Person,

- bei Behandlungen und Untersuchungen im Einzelfall
- ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
- die Maßnahme mit erheblichen Schmerzen verbunden ist oder einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet.

51.1.6 [1]In Härtefällen kann die beihilfeberechtigte Person, auch für berücksichtigungsfähige Personen, auf Antrag Ersatz des notwendigen Aufwandes einschließlich des Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. [2]Notwendig ist der geltend gemachte Aufwand nur dann, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person alle Möglichkeiten zur Minimierung des Aufwandes genutzt hat. [3]Dazu gehört im Falle des Verdienstausfalls auch eine Verlegung der Arbeitszeit oder des Termins einer Untersuchung oder Begutachtung. [4]Ein Härtefall in diesem Sinn liegt nur dann vor, wenn der Verzicht auf die Erstattung des notwendigen Aufwandes in angemessener Höhe der beihilfeberechtigten Person aus Fürsorgegründen nicht zugemutet werden kann.

51.1.7 [1]Kommt die beihilfeberechtigte Person, auch für berücksichtigungsfähige Personen, ihren Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die Festsetzungsstelle ohne weitere Ermittlungen die Beihilfen versagen oder entziehen. [2]Dies gilt entsprechend, wenn die Aufklärung des Sachverhalts absichtlich erheblich erschwert wird.

51.1.8 [1]Beihilfeberechtigte Personen sind auf die möglichen Folgen mangelnder Mitwirkung vor dem Entzug der Leistungen schriftlich hinzuweisen. [2]Ihnen kann für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht eine angemessene Frist gesetzt werden.

51.1.9 Wird die Mitwirkung nachgeholt, ist die beantragte Beihilfe in Höhe des durch die Mitwirkung nachgewiesenen Anspruchs zu gewähren, soweit die Voraussetzungen für die Gewährung trotz verspäteter Erfüllung der Mitwirkungspflichten weiterhin vorliegen.

51.2 **Zu Absatz 2**

Zur Verfahrensweise wird auf Nummer 37.2 verwiesen.

51.3 **Zu Absatz 3**

51.3.1 [1]Die BBhV verzichtet weitgehend auf bindende Formvorschriften für das Antragsverfahren. [2]Damit wird den Festsetzungsstellen die Möglichkeit gegeben, ein auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmtes Verfahren zu gestalten. [3]Auch die zu verwendenden Antragsformulare können nach den jeweiligen Anforderungen gestaltet werden. [4]Unverzichtbar für die Beihilfebearbeitung sind persönliche Angaben zur Identifizierung der beihilfeberechtigten Person, Anga-

ben zum Anspruch auf Bezüge und ggf. familienbezogene Zulagen (für die Prüfung des Beihilfeanspruchs und der Berücksichtigungsfähigkeit) und zu sonstigen Ansprüchen (z. B. aus Krankenversicherungen oder Schadensersatzansprüchen bei Unfällen mit Ersatzpflicht Dritter).

51.3.2 Die Wahlleistungsvereinbarung muss zusammen mit den ersten Rechnungen über die Wahlleistungen dem Beihilfeantrag beigefügt werden.

51.3.3 [1]Die Vorschrift ermöglicht die elektronische Beihilfebearbeitung einschließlich der elektronischen Belegübermittlung und Bescheidversendung. [2]Aus der Vorschrift ergibt sich kein Anspruch der beihilfeberechtigten Person auf eine bestimmte Verfahrensgestaltung.

51.3.4 In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.

51.3.5 [1]Aufwendungen für Halbwaisen können mit Zustimmung der Festsetzungsstelle zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. [2]Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbwaisen bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung unverändert bestehen. [3]Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 wird durch die gemeinsame Antragstellung nicht begründet.

51.3.6 [1]Beihilfen werden nur zu Aufwendungen gewährt, die während des Bestehens einer Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit entstanden sind. [2]Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung oder keine Berücksichtigungsfähigkeit mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt waren.

51.4 **Zu Absatz 4**

[1]Die Vorschrift dient der Verfahrensvereinfachung bei Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind. [2]Grundsätzlich obliegt es der beihilfeberechtigten Person, prüfbare Belege für Leistungen im In- und Ausland vorzulegen. [3]Soweit der Festsetzungsstelle die Prüfung der Belege ohne weitere Mitwirkung der beihilfeberechtigten Person möglich ist, bedarf es keiner weiteren Unterlagen. [4]Eine Übersetzung im Sinne von Satz 3 unterliegt keinen besonderen Formvorschriften; sie muss nicht amtlich beglaubigt sein. [5]Die Kosten einer erforderlichen Übersetzung sind nicht beihilfefähig. [6]Bei Rechnungsbeträgen in ausländischer Währung ist Nummer 11.1.2 zu beachten.

51.5 **Zu Absatz 5**

51.5.1 [1]Grundsätzlich sind die eingereichten Belege zu vernichten. [2]Die Vernichtung der Belege umfasst nicht nur die der Festsetzungsstelle in Papierform vorliegenden Belege, sondern auch die Löschung der ggf. elektronisch übersandten Belegdateien.

51.5.2 Die Vernichtung der Belege hat so zu erfolgen, dass eine Rekonstruktion der Inhalte nicht möglich ist.

51.6 **Zu Absatz 6**

[1]Die Regelung schafft keinen Beihilfeanspruch; der Beihilfeanspruch steht materiell unverändert der beihilfeberechtigten Person zu. [2]Eine unbillige Härte kann unter anderem dann gegeben sein, wenn wegen des Getrenntlebens von beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen den berücksichtigungsfähigen Personen die Beihilfestellung durch die beihilfeberechtigte Person nicht zuzumuten ist. [3]Das kann z. B. der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass die beihilfeberechtigte Person die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Personen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Personen gewährten Beihilfen nicht zweckentsprechend einsetzt.

51.7 **Zu Absatz 7**

51.7.1 Die Antragsgrenze von 200 Euro gilt nicht, wenn die beihilfeberechtigte Person aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

51.7.2 [1]Zu Vermeidung von Härten kann die Festsetzungsstelle Ausnahmen von der Antragsgrenze zulassen. [2]Mit dieser Regelung werden die Festsetzungsstellen in die Lage versetzt, im Rahmen einer Einzelfallprüfung oder für bestimmte Personengruppen festzulegen, ob insbesondere unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht ein Abweichen von der Antragsgrenze angezeigt ist.

51.8 **Zu Absatz 8**

[1]Beihilfeberechtigten Personen können insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden. [2]Dabei ist es ausreichend, wenn durch Unterlagen, z. B. Kostenvoranschläge der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers dokumentiert wird, dass eine hohe Belastung vor der Beihilfebeantragung entsteht (z. B. Kauf eines Hilfsmittels mit einer sofort zu begleichenden Rechnung).

[3]Einzahlungsbelege als Grundlage für eine Abschlagszahlung sind nicht erforderlich.

52 Zu § 52 – Zuordnung der Aufwendungen

52.1 Die Zuordnung der Aufwendungen bestimmt den für die Aufwendungen anzusetzenden Beihilfebemessungssatz.

52.2 [1]Nach Nummer 4 sind nur die Aufwendungen für das gesunde Neugeborene der Mutter zugeordnet. [2]Darüber hinausgehende Aufwendungen, die durch eine Erkrankung des Kindes entstehen, sind davon nicht erfasst; diese Aufwendungen sind dem Kind zuzuordnen.

53 Zu § 53 – (weggefallen)

54 Zu § 54 – Antragsfrist

54.1 Zu Absatz 1

54.1.1 [1]Bei Versäumnis der Antragsfrist ist auf Antrag eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen nach § 32 VwVfG vorliegen. [2]Das gilt auch in den Fällen des § 51 Absatz 6 BBhV.

54.1.1.1 Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist danach zu gewähren, wenn die Antragsfrist durch Umstände versäumt worden ist, die die beihilfeberechtigte Person nicht zu verantworten hat.

54.1.1.2 Innerhalb von zwei Wochen nach dem Wegfall des Hindernisses ist sowohl der Beihilfeantrag nachzuholen als auch glaubhaft zu machen, dass weder die beihilfeberechtigte Person noch ihr Vertreter das Fristversäumnis zu vertreten hat.

54.1.1.3 [1]Ein Jahr nach Beendigung der versäumten Frist kann die Wiedereinsetzung nur dann beantragt werden, wenn dies vor Ablauf dieser Frist auf Grund höherer Gewalt unmöglich war. [2]Höhere Gewalt liegt nur dann vor, wenn das Fristversäumnis auf ungewöhnlichen und unvorhersehbaren Umständen beruht und deren Folgen trotz aller Sorgfalt nicht hätten vermieden werden können.

54.1.2 [1]Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 95 SGB VIII, § 93 SGB XII oder § 27g BVG einen Beihilfeanspruch geltend machen. [2]Der Bei-

hilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er der beihilfeberechtigten Person zusteht, auf den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge über. [3]Eine Überleitung nach § 95 SGB VIII, § 93 SGB XII oder § 27g BVG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für die beihilfeberechtigte Person selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für ihre nicht getrennt lebenden Ehegattin, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten, ihrer nicht getrennt lebenden Lebenspartnerin oder ihren nicht getrennt lebenden Lebenspartner oder für die berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) der beihilfeberechtigten Person entstanden sind. [4]In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.

54.1.3 [1]Leitet der Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge nicht über, sondern nimmt die beihilfeberechtigte Person nach § 19 Absatz 5 SGB XII oder § 81b BVG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur die beihilfeberechtigte Person den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist zulässig. [2]Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist ausgeschlossen (zur Abtretung siehe hierzu Nummer 10.1.3).

54.1.4 [1]Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von § 51 Absatz 3 Satz 2 vor, wenn die Rechnung

- den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),
- die Leistungsempfängerin oder den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
- die Art (z. B. Pflege, Heilmittel) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
- die Kosten der Leistung

enthält. [2]Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. [3]Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Trägers der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. [4]In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

54.2 **Zu Absatz 2**

Die Vorschrift soll beihilfeberechtigten Personen mit ausländischem Dienstort von Erschwernissen entlasten, die auf den Besonderheiten des dienstlichen Einsatzes beruhen (z. B. längere Postlaufzeiten).

55 Zu § 55 – Geheimhaltungspflicht

[1]Abweichend von der Pflicht zur Geheimhaltung personenbezogener Daten, die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt werden, ist die Weitergabe dieser Daten gemäß § 108 Absatz 2 BBG erlaubt, wenn sie erforderlich sind für die Einleitung oder Durchführung eines im Zusammenhang mit einem Beihilfeantrag stehenden behördlichen oder gerichtlichen Verfahrens, zur Abwehr erheblicher Nachteile für das Gemeinwohl, einer sonst unmittelbar drohenden Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Rechte einer anderen Person oder wenn die betroffene Person im Einzelfall eingewilligt hat. [2]Zudem gestattet § 108 Absatz 4 BBG, bestimmte anspruchsbegründende und anspruchshemmende in der Person des Beamten oder seiner Familienangehörigen liegende Daten, die für die Festsetzung und Rechnung der Besoldungs- und Versorgungsbezüge und zur Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich sind, zu nutzen bzw. an die zuständige Behörde zu übermitteln.

56 Zu § 56 – Festsetzungsstellen

56.0 Allgemein

56.0.1 Werden beihilfeberechtigte Personen innerhalb des Bundesdienstes abgeordnet, verbleibt es bei der Zuständigkeit der bisherigen Festsetzungsstelle.

56.0.2 Werden beihilfeberechtigte Personen zu einer Dienststelle außerhalb der Bundesverwaltung abgeordnet, bleibt die bisherige Festsetzungsstelle weiterhin zuständig.

56.0.3 Werden Beamtinnen und Beamte eines anderen Dienstherrn in den Bundesdienst abgeordnet, bleibt der bisherige Dienstherr für die Beihilfegewährung weiterhin zuständig.

56.0.4 Die abgebenden und die aufnehmenden Dienstherren können von den Nummern 56.0.1 bis 56.0.3 abweichende Regelungen treffen.

56.0.5 Mit der Wirksamkeit der Versetzungsverfügung ist die aufnehmende Behörde für die Beihilfegewährung zuständig.

56.0.6 Verlegt eine beihilfeberechtigte Person ihren Wohnsitz aus privaten Gründen ins Ausland, bleibt die für sie zuständige Festsetzungsstelle ggf. bis zu einer anderen Entscheidung der obersten Dienstbehörde weiterhin zuständig.

56.0.7 [1]Soweit nicht bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts ausnahmsweise eigene Dienstherreneigenschaft besitzen, ist Dienstherr der Bund (§ 2 BBG). [2]Insoweit kann die Beihilfebearbeitung auch Festsetzungsstellen des Bundes außerhalb des eigenen Ressorts übertragen werden.

56.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

56.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

56.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

57 Zu § 57 – (weggefallen)

Kapitel 7
Übergangs- und Schlussvorschriften

58 Zu § 58 – Übergangsvorschriften

58.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

58.2 **Zu Absatz 2**

[1]Nach § 4 Absatz 1 Satz 3 werden im Ausland erzielte Einkünfte der Ehegattin, der Lebenspartnerin, des Ehegatten oder des Lebenspartners einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 (dienstlichem Wohnsitz im Ausland) nicht berücksichtigt. [2]Das gilt auch bei der Prüfung, ob die Ehegattin, die Lebenspartnerin, der Ehegatte oder der Lebenspartner von dieser Übergangsvorschrift erfasst wird.

58.3 **Zu Absatz 3**

58.3.1 Diese Übergangsregelung trifft nur auf die berücksichtigungsfähigen Kinder einer beihilfeberechtigten Person zu, die tatsächlich im Wintersemester 2006/2007 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschrieben waren, solange das Studium andauert.

58.3.2 [1]Die Übergangsregelung ist auch weiter anzuwenden, wenn nach einem Bachelorabschluss ein anschließender Studiengang zum Master erfolgt. [2]Wartesemester und vorgeschriebene studienbegleitende Maßnahmen wie z. B. Praktika sind unschädlich, wenn während dieser Zeit keine versicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen wurde oder eine ununterbrochene Immatrikulation nachgewiesen wird.

58.3.3 Die Anwendung der Übergangsregelung führt nicht zu einer Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 46 Absatz 3 für die beihilfeberechtigte Person.

58.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

58.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

58.6 **Zu Absatz 6**
(unbesetzt)

58.7 **Zu Absatz 7**
(unbesetzt)

59 Zu § 59 – Inkrafttreten

(unbesetzt)

60 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Juli 2017 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Juni 2013 (GMBl S. 721) außer Kraft.

Berlin, den 26. Juni 2017
D 6 - 30111/1#2
Der Bundesminister des Innern
Im Auftrag

Hollah

Anhang 1
(zu den Nummern 5.5 und 46.3)

Absender Festsetzungsstelle

_____

Festsetzungsstelle der Ehegattin / des Ehegatten /
der Lebenspartner / des Lebenspartners

Mitteilung zum Bezug von Beihilfen für berücksichtigungsfähige Kinder und des erhöhten Bemessungssatzes (§§ 4, 5 und 46 BBhV)

1. Beihilfeberechtigte Person

_____
Familienname, Vorname, Geburtsdatum

_____
Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

_____

2. Ehegatte/Lebenspartner

_____
Familienname, Vorname, Geburtsdatum

_____
Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

Die unter 1. genannte beihilfeberechtigte Person erhält für folgende berücksichtigungsfähige Kinder Beihilfen und – bei zwei und mehr Kindern – den erhöhten Bemessungssatz (§ 5 Absatz 4 und § 46 Absatz 3 BBhV)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Anhang 2
(zu Nummer 18a.4)

Formblätter zum Verfahren bei ambulanter Psychotherapie
Formblatt 1 (zu Nummer 18a.4.2)

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Pseudonymisierungscode der beihilfeberechtigten Person

Ich beantrage die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

Ort, Datum …… ……..

(Unterschrift der beihilfeberechtigten Person)

II. Auskunft für die Patientin / den Patienten

A. Wer wird behandelt?

(beihilfeberechtigte Person / Ehegattin / Ehegatte / Lebenspartnerin / Lebenspartner / Tochter / Sohn)

Alter:

B. Schweigepflichtentbindung

Ich ……

- ermächtige Frau / Herrn

……,

der Fachgutachterin / dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben,

- entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht der Ärztin / des Arztes oder der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt) und
- bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin / der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Ort, Datum…… ……..

Unterschrift der Patientin / des Patienten oder

der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters

Bescheinigung der Therapeutin / des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

□ Erstbehandlung □ Verlängerung/Folgebehandlung

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

□ analytische Psychotherapie

□ Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

□ ja □ nein

wenn ja, von _____ bis _____ Anzahl der Sitzungen ____

von _____ bis _____Anzahl der Sitzungen ____

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

Anzahl der Einzelsitzungen ___ Anzahl der Gruppensitzungen ___

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

□ ja □ nein Anzahl der Sitzungen _____

6. Gebührenziffern:

Gebühr je Sitzung _____

Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. Ärztinnen und Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

□ Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

□ Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

□ Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

□ Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

verliehen: □ **vor** dem 1. April 1984

□ **nach** dem 1. April 1984

□ Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

□ Schwerpunkt Verhaltenstherapie

□ Bereichsbezeichnung Psychoanalyse

Eine Berechtigung zur Behandlung

□ in Gruppen

□ von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

□ Eine Berechtigung zur Anwendung der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung nach Abschnitt 5 Nummer 1 oder Nummer 3 liegt vor.

2. Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

2.1 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Datum der Approbation_____ als

□ Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut

□ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

□ Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 Absatz 3 Nummer 1 PsychThG und entsprechend Abschnitt 3 Nummern 2, 3 und 4, Abschnitt 4 Nummer 2 sowie Abschnitt 5 Nummer 2 und 3 der Anlage 3 zur BBhV vor?

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

□ analytische Psychotherapie

□ Verhaltenstherapie

□ Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

bei □ Erwachsenen, bei □ Kindern und Jugendlichen, in □ Gruppen.

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG)

_____

Liegt:

a) eine KV-Zulassung vor? ja □ nein □

KV-Zulassungsnummer: _____ , bei welcher KV? _____

b) ein Eintrag in das Arztregister vor? ja □ nein □

bei welcher KV? _____

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

_____

2.2 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation _____ als

□ Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut

□ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

□ Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: _____ , bei welcher KV? _____

Ggf. Eintragung in das Arztregister bei KV _____

Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit Abschnitt 3 Nummern 3, 4 und 6, Abschnitt 4 Nummer 3 sowie Abschnitt 5 Nummern 2 und 3 der Anlage 3 zur BBhV und § 95c Satz 2 Nummer 3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben:

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

□ analytische Psychotherapie

□ Verhaltenstherapie

□ Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

bei □ Erwachsenen, bei □ Kindern und Jugendlichen, in □ Gruppen.

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31. Dezember 1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut:

ja □ nein □

für

□ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und

□ analytische Psychotherapie,

□ Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes: _____

Datum des Abschlusses: _____

Ort, Datum_____ _____

(Unterschrift und Stempel der Therapeutin oder des Therapeuten)

Formblatt 2 (zu Nummer 18a.4.2)

Absender:.....
(Name und Anschrift der Therapeutin oder des Therapeuten)

Bericht Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten farbenen Umschlag an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin / den Gutachter zu übersenden.

an die Gutachterin oder den Gutachter zum Antrag

auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Angaben über die Patientin oder den Patienten

Pseudonymisierungscode (von der Festsetzungsstelle vorgegeben)	Familienstand

Alter	Geschlecht	Beruf

II. Angaben über die Behandlung

1. Art der vorgesehenen Therapie: .....

2. Datum des Therapiebeginns: .....

3. Anzahl und Frequenz der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen: .....

4. Anzahl und Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen (insgesamt und wöchentlich): .....

III. Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie

Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (K+J)

Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

1. **Spontanangaben** der Patientin / des Patienten zu ihrem / seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin / des Patienten (bei K+J auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer / psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlussbericht beifügen.

2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung / Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei K+J auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts.

   Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).

3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung?

4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin oder des Patienten in ihrer oder seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales

Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei K+J auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, sofern sie die Psychodynamik plausibel macht.

5. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biographie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.

   Bei K+J: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ich-Defekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.

6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.

7. **Behandlungsplan:** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und unter Darlegung realisierbar erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. Es muss in jedem Fall ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.

8. **Prognostische Einschätzung**: bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der Patientin / des Patienten und ihrer / seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung sowie seiner Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei K+J auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin / des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.

2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei K+J auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin oder des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der Patientin / des Patienten, ihre / seine Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei K+J Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.

3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin / des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten des Patienten, seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.

4. Änderungen des Therapieplanes mit Begründung.

5. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin / des Patienten und unter Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

IV. Bericht der Therapeutin / des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Beschwerden der Patientin / des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten ggf. auch Bericht der Angehörigen / Bezugspersonen der Patientin / des Patienten. (Warum kommt die Patientin / der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)

2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin / des Patienten und Krankheitsanamnese:**

a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.

b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.

c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.

d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant / stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

Bei einer Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.

3. Psychischer Befund: (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)

a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.

b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.

c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).

4. Somatischer Befund: Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung?

5. Verhaltensanalyse: Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.

Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.

Beschreibung von Verhaltensaktiva und von bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik der Patientin / des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.

6. Diagnose: Darstellung der Diagnose auf Grund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.

7. Therapieziele und Prognose: Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.

8. Behandlungsplan: Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1 bis 3 und 5 des Erstberichtes: Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen der Patientin / des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.

2. Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs: Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit der Patientin / des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.

3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen der Patientin / des Patienten.

....., den ....

(Stempel und Unterschrift
der Therapeutin oder des Therapeuten)

Formblatt 3 (zu Nummer 18a.4.2)

Pseudonymisierungscode

Konsiliarbericht*)

vor Aufnahme

einer Psychotherapie

auf Veranlassung von:

_____

Name der Therapeutin ~~oder~~ / des Therapeuten

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stationär / ambulant (z. B. laufende Medikation):

Befunde, die eine ärztliche / ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

Befunde, die eine psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist

☐ erfolgt ☐ veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich -veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

Bestehen auf Grund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

☐ ja ☐ nein

Ausstellungsdatum

Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Ausfertigung für die Therapeutin oder den Therapeuten

*) Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.

Formblatt 4 (zu Nummer 18a.4.5)

(Festsetzungsstelle)

⌜ ⌝

(Anschrift der Gutachterin oder des Gutachters)

⌞ ⌟

Beihilfe
Psychotherapie-Gutachten

Anlagen: 1 Antrag
1 Bericht der Therapeutin / des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 5 – dreifach)
1 Freiumschlag

Sehr geehrte Frau / Sehr geehrter Herr,

ich bitte um Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

für ……
Pseudonymisierungscode

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit und Entbindung von der Schweigepflicht ist der Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag beigefügt.

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

(Gutachten vom …… Anzahl der Sitzungen ……

Name der Gutachterin oder des Gutachters

……..)[*)]

Ich bitte Sie, mir Ihr Gutachten in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 5 sowie eine Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

[*)] Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

Formblatt 5 (zu Nummer 18a.4.5)

Psychotherapie-Gutachten

für ……..
Pseudonymisierungscode

Auftragsschreiben vom

Stellungnahme:

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?	Einzelsitzungen	Gruppensitzungen
1. für die Patientin oder den Patienten		
2. für die begleitende Psychotherapie der Bezugsperson		

.....
(Stempel und Unterschrift der Gutachterin oder des Gutachters)

Formblatt 6 (zu Nummer 18a.4.6)

(Festsetzungsstelle)

……

⌜ ⌝

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

⌞ ⌟

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte Frau / Sehr geehrter Herr,

auf Grund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

□ tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
□ analytischen Psychotherapie
□ Verhaltenstherapie

für.....durch…….....
(Name der Patientin oder des Patienten) (Name der Therapeutin oder des Therapeuten)

für eine

□ Einzelbehandlung □ Gruppenbehandlung bis zu weiteren

..... Sitzungen

□ begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu weiteren

..... Sitzungen

nach Maßgabe der Beihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der oben genannten Festsetzungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Anhang 3
(zu Nummer 38h.1)

Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeit

An

_____

_____

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐
oder ausfüllen

1. Person in Pflegezeit

Familienname | Vorname | Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | Rufnummer

Dauer der Pflegezeit | vom | bis

2. Beihilfeberechtigte Person

Familienname | Vorname | Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | Rufnummer

3. Pflegebedürftige Person

☐ Beihilfeberechtigte Person ☐ Ehegattin/Lebenspartnerin Ehegatte/Lebenspartner ☐ Kind

Vorname:

4. Beitrag während der Pflegezeit

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens

Monatsbeitrag Krankenversicherung in € | Monatsbeitrag Pflegeversicherung in € | Familienversicherung möglich ☐ ja ☐ nein

Bestätigung der Krankenversicherung bzw. der Krankenkasse

5. Bankverbindung

Kreditinstitut: | IBAN | BIC

6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und dass die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller