Aktuelle Lesefassung

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhVVwV)

Vom 26. Juni 2017

zuletzt geändert durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 28. Februar 2022

Inhaltsverzeichnis

1 Zu § 1 – Regelungsgegenstand 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 8
7 Zu § 7 – Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch 13
8 Zu § 8 – Ausschluss der Beihilfefähigkeit 13
9 Zu § 9 – Anrechnung von Leistungen 16
10 Zu § 10 – Beihilfeanspruch 17
11 Zu § 11 – Aufwendungen im Ausland 18
12 Zu § 12 – Ärztliche Leistungen 19
13 Zu § 13 – Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern 19
14 Zu § 14 – Zahnärztliche Leistungen 20
15 Zu § 15 – Implantologische Leistungen 20
15a Zu § 15a – Kieferorthopädische Leistungen 20
15b Zu § 15b – Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 21
16 Zu § 16 – Auslagen, Material- und Laborkosten 21

17 Zu § 17 – Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamten auf Widerruf 21

18 Zu § 18 – Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung 22

18a Zu § 18a – Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie 23

19 Zu § 19 – Psychoanalytisch begründete Verfahren 26

20 Zu § 20 – Verhaltenstherapie 27

20a Zu § 20a Systemische Therapie 27

21 Zu § 21 – Psychosomatische Grundversorgung 28

22 Zu § 22 – Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte 28

23 Zu § 23 – Heilmittel 31

24 Zu § 24 – Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen 31

25 Zu § 25 – Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke 33

26 Zu § 26 – Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern 34

26a Zu § 26a – Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern 35

27 Zu § 27 – Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit 37

28 Zu § 28 – Familien- und Haushaltshilfe 39

29 Zu § 29 – Familien- und Haushaltshilfe im Ausland 40

30 Zu § 30 – Soziotherapie 40

30a Zu § 30a – Neuropsychologische Therapie 40

31 Zu § 31 – Fahrtkosten 41

32 Zu § 32 – Unterkunftskosten 42

33 Zu § 33 – Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten 42

34 Zu § 34 – Anschlussheil- und Suchtbehandlungen 43

35 Zu § 35 – Rehabilitationsmaßnahmen 44

36 Zu § 36 – Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen 47

37 Zu § 37 – Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen 47

38 Zu § 38 – Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen 49

38a Zu § 38a – Häusliche Pflege 49

38b Zu § 38b – Kombinationsleistungen 51

38c Zu § 38c – Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson 54

38d Zu § 38d – Teilstationäre Pflege 54

38e Zu § 38e – Kurzzeitpflege 55

38f Zu § 38f – Ambulant betreute Wohngruppen 55

38g Zu § 38g – Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohn-umfeldes 56

38h Zu § 38h – Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson 56

39 Zu § 39 – Vollstationäre Pflege 58

39a Zu § 39a – Einrichtungen der Behindertenhilfe 62

39b Zu § 39b – Aufwendungen bei Pflegegrad 1 63

40 Zu § 40 – Palliativversorgung 63

40a Zu § 40a – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase 64

41 Zu § 41 – Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen 65

42 Zu § 42 – Schwangerschaft und Geburt 66

43 Zu § 43 – Künstliche Befruchtung 67

43a Zu § 43a – Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch 68

44 Zu § 44 – Überführungskosten 69

45 Zu § 45 – Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe 69

45a Zu § 45a – Organspende und andere Spenden 70

45b Zu § 45b – Klinisches Krebsregister 70

46 Zu § 46 – Bemessung der Beihilfe 71

47 Zu § 47 – Abweichender Bemessungssatz 71

48 Zu § 48 – Begrenzung der Beihilfe 74

49 Zu § 49 – Eigenbehalte 74
50 Zu § 50 – Belastungsgrenzen 76
51 Zu § 51 – Bewilligungsverfahren 79
52 Zu § 52 – Zuordnung der Aufwendungen 85
53 (weggefallen) 85
54 Zu § 54 – Antragsfrist 85
55 Zu § 55 – Geheimhaltungspflicht 86
56 Zu § 56 – Festsetzungsstellen 87
57 Zu § 57 – (weggefallen) 87
58 Zu § 58 – Übergangsvorschriften 87
59 Zu § 59 – Inkrafttreten 88

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

1 Zu § 1 – Regelungsgegenstand

[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 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 Ehepartnerin, der Ehepartner, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner einer oder eines aus familiären Gründen nach § 92 Absatz 1 BBG beurlaubten Beamtin oder Beamten gesetzlich krankenversichert, ist davon auszugehen, dass ein Zugang 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 oder eines anderen Beihilferechts (§ 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

(unbesetzt)

4.2 Zu Absatz 2

4.2.1 [1]Die Vorschrift erfasst sowohl die im Familienzuschlag berücksichtigten Kinder als auch die berücksichtigungsfähigen 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.

4.2.3 [1]Neben die Berücksichtigungsfähigkeit nach den Sätzen 1 und 2 tritt diejenige nach Satz den Sätzen 3 und 4. [2]Für die Dauer eines in Satz 3 genannten abgeleisteten Dienstes ist ein Kind weiter berücksichtigungsfähig, auch wenn kein Familienzuschlag mehr gezahlt wird. [3]Zu der Frage eines erhöhten Bemessungssatzes nach § 46 Absatz 3 siehe Nummer 46.3.1.

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

[1]Eine eigene Beihilfeberechtigung schließt Ansprüche als berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 grundsätzlich aus. [2]Bei einer Mitausreise von Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern ist deren eigener Beihilfeanspruch auf § 11 Absatz 1 und 2 begrenzt. [3]Durch Absatz 3 wird berücksichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1, deren Aufwendungen auch nach § 6 Absatz 2 beihilfefähig sind und die die beihilfeberechtigte Person an den Auslandsdienstort begleiten, ermöglicht, auf ihren eigenen Beihilfeanspruch zu verzichten und ihre Aufwendungen über die beihilfeberechtigte Person zu beantragen. [4]Bei Nachweis des Verzichts und Vorliegen der anderen Voraussetzungen erhalten sie Beihilfen nach den besonderen Vorschriften für den Personenkreis des § 3.

5.4 Zu Absatz 4

5.4.1 [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 § 6 Absatz 2 Satz 1 ist zu beachten.

5.4.2 [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.

5.4.3 [1]Wird ein tarifvertraglicher Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen, der einer nach § 6 Absatz 2 berücksichtigungsfähigen Personen, die teilzeitbeschäftigt ist, entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gekürzt, so besteht daneben ein ergänzender Anspruch nach § 6 Absatz 2. [2]Die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen müssen erfüllt sein (vgl. § 6 Absatz 2). [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.

5.5 Zu Absatz 5

(unbesetzt)

5.6 Zu Absatz 6

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

(unbesetzt)

6.2 Zu Absatz 2

6.2.1 [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 eine Verschiebung der Aufwendungen in das Folgejahr möglich. [3]§ 54 Absatz 1 ist zu beachten.

6.2.2 [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).

6.2.3 Die Nichtberücksichtigung bei der Einkommensgrenze gilt dabei nur für den Teil des Einkommens, der durch die berufliche Tätigkeit am ausländischen Dienstort erzielt wird.

6.3 Zu Absatz 3

6.3.1 [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; hinzu komme, dass nach einem solchen Eingriff eine Symptomverschiebung zu besorgen sei und ansonsten bei Anerkennung der Beihilfefähigkeit letztlich Schönheitsoperationen auf Kosten der Allgemeinheit durchgeführt würden).

6.3.2 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).

6.4 Zu Absatz 4

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

6.5 Zu Absatz 5

6.5.1 [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.

6.5.2 [1]Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen sind die Gebühren nach dem Gebührenrahmen 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 die 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]Aufwendungen für telemedizinische Leistungen sind beihilfefähig, sofern die Leistungen durch entsprechende Gebührenpositionen in die GOÄ aufgenommen sind und die entstandenen Aufwendungen danach oder bis zu einer Änderung der GOÄ entsprechend § 6 Absatz 2 GOÄ abgerechnet werden;

die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer zu telemedizinischen Leistungen sind zu berücksichtigen (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/GOAE/2020-06-26_DAEBl_Abrechnungsempfehlung_telemedizinische_Leistungen.pdf sowie Rundschreiben des BMI vom 5. Januar 2022 – D6-30111/15#5 – [GMBl S. 50]).“

6.5.3 [1]Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Psychologischer Psychotherapeutinnen, Psychologischer Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach dem Gebührenrahmen 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:

- 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95 (Abschnitt B);

- 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871 (Abschnitt G).

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

6.5.4 [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/ 5 – 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 –).

6.5.5 [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.

6.5.6 [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 und für Heimat (BMI) zugelassen werden.

6.5.7 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 –).

6.5.8 [1]Rechnungen, die auf Grund von Vereinbarungen, Verträgen zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Krankenkassen nach dem SGB V, Unternehmen der privaten Krankenversicherung 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.

6.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)

6.7 **Zu Absatz 7**

(unbesetzt)

6.8 **Zu Absatz 8**

[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 nach § 80 BBG 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. [4]In Pflegefällen ist das Urteil des

Bundesverwaltungsgerichtes vom 26. April 2018, 5 C 4.17, zu berücksichtigen. [5]Hiernach kann eine Beamtin oder ein Beamter keine über die Beihilfevorschriften hinausgehende Beihilfe zu pflegebedingten Aufwendungen unmittelbar aus dem Fürsorgegrundsatz beanspruchen, wenn sie oder er oder eine berücksichtigungsfähige Person es unterlassen haben, zumutbare Eigenvorsorge durch Abschluss einer Pflegezusatzversicherung zu betreiben. [6]Der Fürsorgegrundsatz verlangt nicht, die beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen vor der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bewahren. [7]Es gibt keinen Grundsatz „Fürsorge vor Sozialhilfe“. [8]In Pflegefällen muss also jeweils geprüft werden, ob sich das manifestierte Risiko der pflegebedingten Kosten durch zumutbaren Abschluss einer Pflegezusatzversicherung hätte vermeiden lassen können. [9]Bei dieser Prüfung kommt es darauf an, ob im Einzelfall

1. eine Pflegezusatzversicherung das manifestierte Risiko abgebildet und abgesichert hätte und

2. der Abschluss der Versicherung zumutbar war.

[10]Maßgeblicher Zeitpunkt für die Feststellung der Zumutbarkeit bei Pflegezusatzversicherungen ist nach den Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichtes der 1. Juli 1996 (Inkrafttreten der zweiten Stufe des Pflege- und Versicherungsgesetzes). [11]Ab diesem Zeitpunkt konnten alle Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, im Regelfall zumutbar eine Pflegezusatzversicherung abschließen. [12]Gründe, die ausnahmsweise eine Unzumutbarkeit nahelegen würden, sind von der beihilfeberechtigten Person darzulegen.

7 Zu § 7 – Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch

(unbesetzt)

8 Zu § 8 – Ausschluss der Beihilfefähigkeit

8.1 Zu Absatz 1

(unbesetzt)

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 erstattete 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.

8.3.3 [1]Bei der Inanspruchnahme von Leistungen ausländischer Krankenversicherungssysteme gilt die Regelung entsprechend, allerdings ist dabei Voraussetzung, dass die jeweiligen Versicherungssysteme kongruent sind. [2]Ein ausländisches Krankenversicherungssystem kann nur dann zur Anwendung der Ausschussregelung führen, wenn dieses Krankenversorgungssystem im Wesentlichen denselben Grundsätzen wie die deutsche Krankenversicherung folgt. [3]Es muss also grundsätzlich eine umfassende Krankenversorgung bereitstehen. [4]Leitgedanke bei den beihilferechtlichen Konkurrenz-, Ausschluss- und Anrechnungstatbeständen ist, dass eine Besser- aber auch Schlechterstellung gegenüber anderen Systemen, auch Auslandssystemen, ausgeschlossen werden soll.

8.4 Zu Absatz 4

8.4.1 [1]Die nicht beihilfefähigen Leistungen nach Satz 1 beziehen sich ausschließlich auf die Bücher des Sozialgesetzbuches und damit auf Regelungen innerhalb des deutschen Sozialversicherungssystems. [2]Ausländische Sozialversicherungssysteme sind von dieser Regelung ausgeschlossen.

[3]Erfasst werden insbesondere Leistungen nach folgenden Vorschriften:

SGB V: §§ 20i bis 43b; §§ 50 bis 60
SGB VI: §§ 15 bis 17; §§ 28, 31
SGB VII: §§ 27 bis 33; §§ 42 bis 45

SGB IX: §§ 42 bis 47; §§ 73, 74.

8.4.2 [1]Die Vorschrift erfasst Leistungen (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.

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

8.4.4 [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 Leistungen

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 bzw. 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 eines Privatarztes bei in der GKV pflichtversicherten Personen anzuwenden.

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

9.3.3 [1]Besteht für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person in einem ausländischen Sozialversicherungssystem nach dem ausländischen Recht kein Versicherungsschutz, erfolgt keine fiktive Leistungskürzung. [2]Der Nachweis ist durch die beihilfeberechtigte Person zu erbringen.

9.3.4 [1]Mit dieser Ausnahmeregelung wird den besonderen Verhältnissen der Beamtinnen und Beamten im Ausland zur Vermeidung auslandsspezifischer Nachteile Rechnung getragen. [2]In vielen ausländischen Staaten entsprechen Pflichtversicherungen nicht dem Standard in Deutschland. [3]In solchen Fällen würde § 9 Absatz 3 Satz 3 dazu führen, dass Beihilfeleistungen nicht möglich wären. [4]§ 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 verhindert, dass Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner, die im Ausland berufstätig sind, beihilferechtlich benachteiligt 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.

10.2.3 [1]Hat das Nachlassgericht eine Nachlasspflegschaft (§ 1960 BGB) angeordnet, kann die Beihilfe auch auf das Konto der nachlasspflegenden Person gezahlt werden. [2]Zu dessen Rechten gehört sowohl das Stellen von Beihilfeanträgen als auch das Entgegennehmen von Beihilfezahlungen.

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 [1]Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind am Tag der Festsetzung der Beihilfe umzurechnen. [2]Dabei ist der EZB-Referenzkurs (https://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 sind kurze Angaben der Antragstellerin oder des Antragsstellers zu 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 Bescheinigung 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 Heilbad oder Kurort am Toten Meer, das oder der in dem vom BMI durch Rundschreiben bekanntgegebenen Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte nach § 35 Absatz 1 Satz 2 BBhV aufgeführt ist, sind im gleichen Umfang wie Aufwendungen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 beihilfefähig. [2]Voraussetzung ist, dass 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.

11.1.7 [1]Ist für eine Vergleichsberechnung zu einer im Ausland erbrachten Leistung in Deutschland keine bundeseinheitliche Gebührenordnung oder kein bundesweit geltender Vergütungsrahmen vorhanden, sind die Vergleichskosten der am inländischen Wohnort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person geltenden landes- oder kommunalrechtlichen Gebührenordnungen, ortsüblichen oder tariflichen Pflegeentgelte bzw. Entgelte der dort befindlichen Pflegeeinrichtungen oder Hospize maßgebend. [2]Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person mit ausschließlichem Wohnort im Ausland ist der letzte bekannte existierende inländische Wohnort der Vergleichsberechnung zugrunde zu legen.

11.2 Zu Absatz 2

[1]In den in Satz 1 enumerativ aufgezählten Fällen ist im nichteuropäischen Ausland 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)

12 Zu § 12 – Ärztliche Leistungen

[1]Für die Prüfung, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ist die Kenntnis der Diagnose erforderlich. [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.

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 Erreichen des insoweit zahnlosen Kiefers (Einbringen des Zahnersatzes) sollte die Gewährung der Beihilfe bis zum Nachweis des zahnlosen Ober- und 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 (vgl. BVerwG, Urteil vom 5. März 2021 – 5 C 8.19 –).

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.2 **Zu Absatz 2**

Enthält das Gutachten keine eindeutige Aussage zu den Voraussetzungen des Ausnahmetatbestandes, sind die Voraussetzungen des Absatzes 2 nicht erfüllt und die Beihilfe ist zu versagen.

15a.3 **Zu Absatz 3**

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, psychotherapeutische Akutbehandlung

18.1 Zu Absatz 1

[1]Im Bereich der GKV ist vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung eine sogenannte psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch zu nehmen. [2]Für die Aufwendungen für eine solche Sprechstunde enthält die BBhV keine gesonderte Erstattungsnorm. [3]Im Falle der Abrechnung einer psychotherapeutischen Sprechstunde ist es für die Festsetzungsstellen nicht nachvollziehbar, ob es sich um eine psychotherapeutische Sprechstunde oder um eine probatorische Sitzung handelt. [4]Die Abrechnung erfolgt daher als probatorische Sitzung. [5]Im

Übrigen kann die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde durchzuführende diagnostische Abklärung auch innerhalb der probatorischen Sitzung erfolgen.

18.2 Zu Absatz 2

[1]Die Akutbehandlung ist mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln auf eine kurzfristige Verbesserung von akuten und schweren psychischen Symptomen der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. [2]Nicht notwendigerweise schließt sich an eine Akutbehandlung eine Psychotherapie nach den §§ 19, 20 oder § 20a an. [3]Die Akutbehandlung kann ausreichend sein, um die Probleme der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person soweit zu behandeln, dass keine weiteren psychotherapeutischen Maßnahmen erforderlich sind. [4]Die Akutbehandlung ist grundsätzlich nicht als Überbrückung zur ambulanten Psychotherapie nach §§ 19, 20 oder § 20a gedacht, wobei aber die Möglichkeit besteht, einen Wechsel von der Akutbehandlung zur ambulanten Psychotherapie nach den §§ 19, 20 oder § 20a vorzunehmen. [5]Auch in diesem Fall ist die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20a anzurechnen.

18.3 Zu Absatz 3

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen zusätzlich zu dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter mit dem Formblatt 5 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.

18.4 Zu Absatz 4

(unbesetzt)

18a Zu § 18a – Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie

18a.1 Zu Absatz 1

(unbesetzt)

18a.2 Zu Absatz 2

(unbesetzt)

18a.3 Zu Absatz 3

18a.3.1 [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 durchgeführt werden. [3]Ein Voranerkennungsverfahren ist neben dem in Satz 1 genannten Fall nicht erforderlich, sofern die Behandlung wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung ambulant an einer Hochschulambulanz durchgeführt wird. [4]Hierfür ist es ausreichend, dass die Hochschulambulanz das Vorliegen einer in der Vereinbarung nach § 117 Absatz 1 SGB V über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen geregelten Zugangsvoraussetzung bei Rechnungsstellung bestätigt. [5]Leistungen der Psychotherapie, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung auf Grund fachärztlicher Verordnung bzw. Überweisung in einem Krankenhaus oder einer Hochschulambulanz ambulant durchgeführt werden, sind mit einer ambulanten Krankenhausbehandlung vergleichbar. [6]Unabhängig von der Behandlungs- und Anwendungsform ist in diesen Fällen bis zur Höchstzahl des behandlungsformspezifischen Regel-Sitzungskontingentes kein Voranerkennungsverfahren erforderlich. [7]Dies gilt nicht für sonstige Ambulanzen (z. B. von Ausbildungsstätten).

18a.3.2 [1]Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie bedürfen bei einer Kurzzeittherapie im Gegensatz zur Langzeittherapie keines vor Beginn der Behandlung vorliegenden Gutachtens zur Feststellung der Notwendigkeit sowie zu Art und Umfang der Behandlung, um als beihilfefähig anerkannt werden zu können. [2]Die behandlungsformspezifischen probatorischen Sitzungen sind auch vor einer Kurzzeittherapie durchzuführen. [3]Beim Wechsel der Kurzzeittherapie in eine genehmigungspflichtige Langzeittherapie sind erneute probatorische Sitzungen nicht beihilfefähig.

18a.4 Zu Absatz 4

18a.4.1 Die Liste der Gutachterinnen und Gutachter ist vertraulich und daher in dem passwortgeschützten Bereich auf der Website des Bundesverwaltungsamts (https://www.bva.bund.de) unter der Rubrik „Dienstleistungen, Beihilfe, Gutachterliste Services, > Bundesbedienstete, > Gesundheit und Vorsorge, > 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 Psychotherapeutinnen, des Psychotherapeuten, der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeutin oder Therapeut genannt); dabei sind die Formblätter 3 und 4 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 bzw. auf den Pseudoymisierungscode des Erstverfahrens Bezug zu nehmen. [5]Dies gilt nicht für Zweitgutachten.

18a.4.3 [1]Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle die Formblätter 1, 2 und 3 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 4 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 4 nach Anhang 2 und ggf. das Formblatt 5 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 holt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 6 nach Anhang 2 ein Gutachten nach den Formblättern 7.1, 7.2 und 7.3 nach Anhang 2 unter Beifügung der folgenden Unterlagen ein:

- den verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag mit dem Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten,
- das ausgefüllte Formblatt 3 nach Anhang 2 (als Kopie),
- die Formblätter 7.1, 7.2 und 7.3 nach Anhang 2,
- einen an die Festsetzungsstelle adressierten Freiumschlag und
- einen an die Therapeutin oder den Therapeuten adressierten Freiumschlag.

18a.4.6 [1]Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt das Gutachten auf dem Formblatt 7.1 nach Anhang 2 in dem einen Freiumschlag der Festsetzungsstelle und auf dem Formblatt 7.2 nach Anhang 2 in dem anderen Freiumschlag direkt der Therapeutin oder dem Therapeuten. [2]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 8 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 Zweitgutachten 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 4 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 sowie alle bisherigen Unterlagen zum vorherigen Gutachten in einem im verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die oder den nach § 12 Absatz 16 der Psychotherapie-Vereinbarung für die Erstellung von Zweitgutachten bestellte Gutachterin oder bestellten Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person, der Patientin oder des Patienten. [4]Ein Zweitgutachten 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 oder einen nach § 12 Absatz 16 der Psychotherapie-Vereinbarung für die Erstellung von Zweitgutachten bestellte Gutachterin oder bestellten Gutachter. [2]Die Festsetzungsstelle leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- den verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten,
- Kopie des Psychotherapiegutachtens,
- einen an die Festsetzungsstelle adressierten Freiumschlag und
- einen an die Therapeutin oder den Therapeuten adressierten Freiumschlag.

[3]Ist die oder der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachterin oder Gutachter gleichzeitig nach § 12 Absatz 16 der Psychotherapie-Vereinbarung für die Erstellung von Zweitgutachten bestellte Gutachterin oder bestellter Gutachter, ist eine andere oder ein anderer nach § 12 Absatz 16 der Psychotherapie-Vereinbarung für die Erstellung von Zweitgutachten bestellte Gutachterin oder bestellter Gutachter einzuschalten.

18a.4.9 [1]Die oder der nach § 12 Absatz 16 der Psychotherapie-Vereinbarung für die Erstellung von Zweitgutachten bestellte Gutachterin oder bestellte Gutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme nach Formblatt 7.1 bzw. 7.2 in dem einen Freiumschlag der Festsetzungsstelle und in dem zweiten Freiumschlag direkt der Therapeutin oder dem Therapeuten. [2]Auf Grundlage dieser Stellungnahme hilft die Festsetzungsstelle dem Widerspruch ab (§ 72 Verwaltungsgerichtsordnung [VwGO]) oder erteilt der beihilfeberechtigten Person einen Widerspruchsbescheid (§ 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 4 nach Anhang 2 mit zwei Freiumschlägen der Gutachterin oder dem Gutachter zu, welche oder welcher das Erstgutachten erstellt hat. [2]Dabei ist das Formblatt 6 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, oder den nach § 12 Absatz 16 der Psychotherapie-Vereinbarung bestellten Gutachterinnen oder bestellten Gutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.

18a.4.12 [1]Die Festsetzungsstelle trägt die Kosten des Gutachtens bis zur in der Gutachterhonorar-Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Höhe

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. [2]Die Vereinbarung vom 16. Mai 2019 sieht derzeit eine Vergütung von Gutachteraufträgen für Gutachten in Höhe von 50 Euro und für Zweitgutachten in Höhe von 85 Euro vor.

18a.5 **Zu Absatz 5**

(unbesetzt)

18a.6 **Zu Absatz 6**

Soweit im Rahmen der Kurzzeittherapie Bezugspersonen einzubeziehen sind, ist § 19 Absatz 4, gegebenenfalls i.V.m. § 20 Absatz 2, mit der Maßgabe anzuwenden, dass über die medizinische Notwendigkeit die Therapeutin oder der Therapeut eigenverantwortlich entscheidet.

18a.7 **Zu Absatz 7**

(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**

(unbesetzt)

19.3 **Zu Absatz 3**

(unbesetzt)

19.4 **Zu Absatz 4**

[1]Mehrkosten für die Einbeziehung einer Bezugsperson sind nur beihilfefähig, wenn im Gutachten ist angegeben ist, dass und in welchem Umfang eine Einbeziehung von Bezugspersonen notwendig ist. [2]Ist im Fall von § 19 Absatz 4 Satz 1 für die Einbeziehung von Bezugspersonen eine höhere Anzahl als ein Viertel der vorgesehenen Sitzungen für eine Einzelbehandlung oder die Hälfte der vorgesehenen Sitzungen für eine Gruppenbehandlung erforderlich, so werden die über § 19 Absatz 4 Satz 1 hinausgehenden Sitzungen auf die Sitzungen für Einzel- oder Gruppenbehandlung nach § 19 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

19.5 Zu Absatz 5

(unbesetzt)

19.5 Zu Absatz 6

(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 19.4 gilt entsprechend.

20.3 Zu Absatz 3

(unbesetzt)

20a Zu § 20a Systemische Therapie

20a.1 Zu Absatz 1

[1]Die Systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Schwerpunkt auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen

liegt, insbesondere auf Interaktionen zwischen Familienmitgliedern und deren sozialem Umfeld. [2]Die Systemische Therapie wird bisher nur bei Erwachsenen angewendet. [3]In Ausnahmefällen kann die normierte Höchstzahl von Sitzungen überschritten werden. [4]Mangels einer bislang noch nicht geeinten und anerkannten analogen Abrechnung einer passenden Gebührennummer der GOÄ, gilt § 6 Absatz 3. [5]Es bestehen keine Bedenken, Aufwendungen für eine Systemische Therapie analog Nummer 870 der Anlage zur GOÄ anzuerkennen. [6]Aufwendungen für ein Mehrpersonensetting können durch einen erhöhten Steigerungssatz bis zu einem Schwellenwert von 3,5 berücksichtigt werden.

20a.2 **Zu Absatz 2**

(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.

22 Zu § 22 – Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte

22.1 **Zu Absatz 1**

22.1.1 [1]Die Verordnung nach Absatz 1 muss grundsätzlich vor dem Kauf des Arznei- oder Verbandmittels sowie des Medizinproduktes 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 sowie Medizinprodukte, 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 Website des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (www.bfarm.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 nur ein Arzneimittel außerhalb der Festbetragsgruppe mit einem höheren Apothekenabgabepreis in Frage kommt, ist Absatz 3 nicht anwendbar. [4]Dies kann 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 oder
- es im konkreten Einzelfall nicht zumutbar ist, weitere langwierige Therapieversuche mit allen anderen in Betracht kommenden Festbetragsmedikamenten zu absolvieren, nachdem mit einem nicht zur Festbetragsgruppe gehörenden Arzneimittel ein lebenswichtiger Therapieerfolg erzielt werden konnte.

[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. [8]Steht ein Arzneimittel, das einer Festbetragsgruppe angehört, aufgrund von nachgewiesenen (z. B. durch Bescheinigung der Apotheke) Lieferengpässen nicht zur Verfügung oder ist nicht mit angemessenem Aufwand erhältlich und kommt nur ein Arzneimittel außerhalb der Festbetragsgruppe mit einem höheren Apothekenabgabepreis in Betracht, kann von der Regelung nach Absatz 3 bis zur Beseitigung der Lieferengpässe abgewichen werden.

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]Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die die in Anlage 10 aufgeführten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in ihrem Beruf erbringen. [2]Zu den staatlich anerkannten Sprachtherapeutinnen oder staatlich anerkannten Sprachtherapeuten gehören auch Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten mit Bachelor- oder Masterabschluss. [3]Unter die medizinischen Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen fallen auch die Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen nach Anlage 10 Nummer 2 Buchstabe g Doppelbuchstabe aa.

23.1.2 Behandlungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Tui Na, Qi Gong, Shiatsu, Akupressur und Ähnliches, gehören nicht zu den Heilmitteln der Anlage 9.

23.1.3 Bei den in Anlage 9 aufgeführten Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge, die unter Umständen im Einzelfall nicht vollständig kostendeckend sind.

23.1.4 Im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen für gesondert in Rechnung gestellte Heilmittel nach Maßgaben der Anlagen 9 und 10 beihilfefähig.

23.1.5 [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, soweit sie durch eine in Anlage 10 genannten Person verabreicht werden und die in Anlage 9 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 Einzelleistung ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung

berechnet, sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 14 Euro beihilfefähig.

23.2 Zu Absatz 2

(unbesetzt)

24 Zu § 24 – Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen

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]Bei einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung, insbesondere für schwer psychisch Kranke mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf handelt es sich um eine Komplextherapie nach § 24 Absatz 1 Satz 2. [4]Zu den Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitustherapien (Pauschalabrechnung), ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen, Adipositasschulungen, Neurodermitisschulungen, sozialmedizinische Nachsorgeleistungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 46 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). [5]Keine Komplextherapien sind psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapien. [6]Deren Beihilfefähigkeit richtet sich nach §§ 27 und 30a.

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. Anschlussheilbehandlung, Entwöhnungstherapien) erbracht werden, richtet sich die Beihilfefähigkeit nach den §§ 34 bis 36.

24.2 Zu Absatz 2

[1]Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen erbringen ambulante spezialisierte und berufsgruppenübergreifende Leistungen, insbesondere auch in Form von Komplextherapien. [2]Ziel ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung. [3]Ambulanzen von psychiatrischen Krankenhäusern (§ 118 Absatz 1 SGB V) erbringen darüber hinaus auch psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsleistungen für Patientinnen und Patienten, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung im Krankenhaus angewiesen sind. [4]Entsprechende Aufwendungen sind nur bis zur Höhe der Vergütungen in den Vergütungsvereinbarungen beihilfefähig.

24.3 Zu Absatz 3

Aufwendungen für Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) nach § 43b in Verbindung mit § 119c SGB V sind bis zu der Höhe der Vergütung, die die Einrichtung mit einer der in Satz 1 genannten Einrichtungen getroffen hat, entsprechend beihilfefähig.

24.4 Zu Absatz 4

24.4.1 [1]Die integrierte Versorgung ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (Krankenhäuser, ambulante ärztliche Versorgung, Heilmittelerbringer usw.). [2]Zur integrierten Versorgung gehören unter anderem auch Leistungen, die das „Netzwerk psychische Gesundheit“ erbringt.

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

24.5 Zu Absatz 5

(unbesetzt)

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“ (https://fm.rlp.de/de/themen/verwaltung/finanzielles-dienstrecht/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 Rechtsgrundlage 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)

25.6 **Zu Absatz 6**
(unbesetzt)

26 Zu § 26 – Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern

26.1 **Zu Absatz 1**

26.1.1 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).

26.1.2 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.

26.1.3 [1]Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die Kosten des Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung als beihilfefähig anerkannt. [2]Gesondert berechenbare Komfortleistungen sind nicht beihilfefähig.

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

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

26.1.6 Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag der jeweiligen Fachabteilung abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

26.2 **Zu Absatz 2**

(unbesetzt)

26.3 **Zu Absatz 3**

26.3.1 Eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V wird durch ein leistungserbringendes Krankenhaus sowie alle an der

ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer erbracht.

26.3.2 [1]Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst eine komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten, wobei auch Teilleistungen genutzt werden können, die in der Klinik erbracht werden. [2]Ziele sind neben der Symptomreduktion eine Steigerung der Lebensqualität und die Ermöglichung eines so weit wie möglich selbstbestimmten Lebens der Betroffenen mit größtmöglicher Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, unter anderem durch die Verbesserung psychosozialer Funktionen, Förderung der Fähigkeit zur selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung, Stärkung im Umgang mit Symptomen, Reduktion von Beeinträchtigungen und die Förderung sozialer Integration, Förderung des Wissens über die Erkrankung, Aufbau von Selbstmanagementstrategien sowie umfassende Gesundheitsförderung einschließlich der Stärkung von Gesundheitsverhalten. [3]Weitere Ziele sind die Reduzierung von Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der Patientin oder des Patienten, insbesondere Zwangsmaßnahmen, sowie von Aggression und Gewalt.

26.3.3 [1]Voraussetzung für die Durchführung stationsäquivalenter Behandlung ist eine bestehende Indikation für eine stationäre Behandlung. [2]Diese Indikation kann sich aus der Erkrankung ergeben, im Speziellen aus der besonderen Lebenssituation der Patientin oder des Patienten und ihren oder seinen Präferenzen.

26.3.4 Das multiprofessionelle Team umfasst psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte (mit Sicherstellung des Facharztstandards für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde) und der Gesundheits- und Krankenhauspflege sowie aus zumindest einer der folgenden Berufe: Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter, Psychologinnen oder Psychologen, Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und oder Bewegungstherapeuten oder anderen Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten.

26a Zu § 26a – Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern

26a.1 Zu Absatz 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 von den Kliniken in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist grundsätzlich beihilfefähig und kann bis zum errechneten beihilfefähigen Höchstbetrag berücksichtigt werden.

26a.1.1 Zu Absatz 1 Nummer 1

26a.1.1.1 [1]Zur Ermittlung des beihilfefähigen Betrags wird der Basisfall mit der Bewertungsrelation der jeweiligen Fallpauschale (aus dem Fallpauschalenkatalog) multipliziert. [2]Liegt die tatsächliche Verweildauer unter der unteren Grenzverweildauer nach dem Fallpauschalenkatalog, erfolgt ein entsprechender Abschlag. [3]Liegt die tatsächliche Verweildauer über der oberen Grenzverweildauer nach dem Fallpauschalenkatalog, erfolgt ein entsprechender Zuschlag (zusätzliches tagesbezogenes Entgelt).

26a.1.1.2 [1]Zur Ermittlung des beihilfefähigen Betrags für die Pflegepersonalkosten wird der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz oder, sofern dieser noch nicht berechnet werden kann, der vorläufige Pflegeentgeltwert nach § 15 Absatz 2a Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz und mit der Zahl der Belegungstage multipliziert. [2]Gesondert ausgewiesene Aufwendungen für Zusatzentgelte sind entsprechend dem DRG-Entgeltkatalog beihilfefähig.

26a.1.2 Zu Absatz 1 Nummer 2

[1]Grundlage für die Ermittlung des Höchstbetrags ist der PEPP-Entgeltkatalog und damit das errechnete Entgelt aus Anlage 1a (bei vollstationärem Aufenthalt) oder Anlage 2a (bei teilstationärem Aufenthalt) des PEPP-Kataloges bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwerts in Höhe von 300 Euro einschließlich der Zusatzentgelte und ergänzenden Tagesentgelte. [2]Bei längerer Verweildauer als der höchsten Zahl der Berechnungstage wird die Bewertungsrelation der höchsten Zahl der Bewertungstage angesetzt. [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)

26a.6 **Zu Absatz 6**
(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.

27.2.8 [1]Ambulante Palliativversorgung beinhaltet, dass beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung sowohl medizinisch als auch pflegerisch betreut werden. [2]Insbesondere erfolgt eine Symptomkontrolle in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt (Wundkontrolle und -behandlung bei exazerbierenden Wunden; Krisenintervention z. B. bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen bei

Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation). [3]Aufwendungen der ambulanten Palliativversorgung sind nicht neben Aufwendungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) beihilfefähig.

27.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

27.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

27.5 **Zu Absatz 5**

Bezüglich des beihilfefähigen Betrages für eine Kurzzeitpflege wird auf Nummer 38e.2 verwiesen.

27.6 **Zu Absatz 6**
(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 in Verbindung mit § 6 Absatz 5.

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

[1]Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt, in den Fällen des Satzes 3 die dort genannte Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer, mit der Verordnung der Beförderung. [2]Aufwendungen für die Hin- und Rückfahrt sind gesondert zu prüfen. [3]Neben den in Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 genannten Ausnahmefällen können auch bei einer nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Mobilität, sofern die Art der vorübergehenden Einschränkungen mit den Kriterien vergleichbar ist, Fahrtkosten erstattet werden.

31.2 Zu Absatz 2

Ein gesonderter Nachweis kann zum Beispiel durch Vorlage der ärztlichen Rechnung, aus der der Tag der notwendigen Behandlung hervorgeht, erfolgen.

31.3 Zu Absatz 3

[1]Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden. [2]Nächste erreichbare geeignete Behandlungsmöglichkeit muss nicht zwangsläufig das nächstgelegene Krankenhaus sein.

31.4 Zu Absatz 4

[1]Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann als beihilfefähig zu berücksichtigen, wenn öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden

können. [2]Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn nach ärztlicher Bescheinigung medizinische Gründe für eine Taxinutzung vorliegen. [3]Taxi-Wartekosten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, es sei denn, dass das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt.

31.5 Zu Absatz 5

[1]Die Ausnahmeregelung in Satz 2 soll in den Fällen, 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.

31.6 Zu Absatz 6

(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.

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 [1]Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem der Anschlussrehabilitation. [2]Eine Anschlussheilbehandlung hat das Ziel, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten nach einer schweren Operation oder Erkrankung wieder zu erlangen oder auszugleichen. [3]Daher bedingt die Anschlussheilbehandlung den Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung und ist mit dieser als vergleichbar zu betrachten.

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**

34.5.1 Als An- und Abreise gelten bei ambulanten Maßnahmen auch die täglichen Hin- und Rückfahrten zur Einrichtung.

34.5.2 [1]Private Kraftfahrzeuge in diesem Sinne sind neben privaten und unentgeltlich bereitgestellten Kraftfahrzeugen des persönlichen Umfeldes der behandlungsbedürftigen Person, auch entgeltlich angemietete Fahrzeuge zur Selbstnutzung (beispielsweise Mietwagen oder Carsharing). [2]Die Fahrt kann durch eine sonstige Person als Fahrer durchgeführt werden, sofern diese nicht gewerblicher Dienstleister bzw. Unternehmer im Sinne des Personenbeförderungsgesetz (PBefG) ist.

34.5.3 [1]Sofern die Einrichtung keinen kostenfreien Transport für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen anbietet, sind Aufwendungen für die durch die Einrichtung selbst erbrachten, nicht nach dem PBefG genehmigungsbedürftigen Fahrdienstleistungen nach Maßgabe der Nummer 3 bis zu 200 Euro beihilfefähig. [2]Wird die Fahrdienstleistung kostenpflichtig durch die Einrichtung selbst oder einen Dritten nach dem PBefG erbracht, gilt § 34 Absatz 5 Nummer 4 BBhV.

34.6 Zu Absatz 6

(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 i. V. m. § 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 Voraussetzung 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 solche keine Krankheit, jedoch sind Situationen, in denen Trauer Krankheitswert erreichen kann, vorstellbar. [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 der vom BMI durch Rundschreiben bekanntgegebenen Übersicht der anerkannten Heilbäder und Kurorte nach § 35 Absatz 1 Satz 2 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 berücksichtigungsfähigen Personen zu Hause behandelt. [4]Anfallende Fahrtkosten der mobilen Rehabilitation sind in Höhe der Nummer 70 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 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vom 1. Januar 2011 (http://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. [5]Die Erläuterungen zu privaten Kraftfahrzeugen in Nummer 34.5.2 gelten entsprechend. [6]Satz 3 gilt auch für die Fahrtkosten anlässlich einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme entsprechend § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 4.

35.2.2 [1]Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme bis zu 21 Tagen beihilfefähig. [2]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. [3]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.

35.2.6 Die Begrenzung der Fahrtkosten bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen auf maximal 10 Euro pro Behandlungstag für eine Hin- und Rückfahrt gilt unabhängig davon, wie viele Behandlungen pro Tag vorgesehen sind und wie viele Fahrten durchgeführt werden.

35.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

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 §§ 12, 13, 18, 22 bis 25 und 26 Absatz 1 Nummer 5 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

36.1.3 [1]Für eine Begleitperson ist keine gesonderte ärztliche Bescheinigung notwendig. [2]Die Notwendigkeit muss sich aus dem Gutachten ergeben.

36.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

36.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

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

37.1 Zu Absatz 1

[1]Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist für die pflegebedürftige Person 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 anfallen. [5]Eine unmittelbare Abklärung mit der compass private Pflegeberatung GmbH ist in Zweifelsfällen möglich. [6]Die Pauschale kann auch dann an compass 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 dem Beihilfeberechtigten eine abschlägige Mitteilung seiner privaten

Pflegeversicherung vorliegt, ist eine Abrechnung der Beratung vor Ort nicht mehr erstattungsfähig. [8]Dies gilt nicht, wenn die beihilfeberechtigte Person Einspruch bei dem Versicherungsunternehmen erhebt, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, und hierüber noch nicht abschließend, etwa auf Grundlage eines Zweitgutachtens, entschieden worden ist. [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 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 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.

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. Fahrtkosten).

38 Zu § 38 – Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen

(unbesetzt)

38a Zu § 38a – Häusliche Pflege

38a.1 Zu Absatz 1

38a.1.1 Die Aufwendungen für die häusliche Pflege durch eine Berufspflegekraft sind in Höhe des Anspruchs auf häusliche Pflegehilfe nach § 36 Absatz 3 SGB XI beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen	
	bis 31.12.2021	ab 01.01.2022
2	689 Euro/Monat	724 Euro/Monat
3	1 298 Euro/Monat	1 363 Euro/Monat
4	1 612 Euro/Monat	1 693 Euro/Monat
5	1 995 Euro/Monat	2 095 Euro/Monat

38a.1.2 [1]Aufwendungen für häusliche Pflege sind auch beihilfefähig, wenn pflegebedürftige Personen 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 [1]Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen pflegende Angehörige und vergleichbar nahestehende Pflegepersonen (z. B. Nachbarn, gute Freunde, gute Bekannte) entlasten. [2]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 Personen 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 Personen 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 oder einer stationären Rehabilitation 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 § 63b Absatz 6 Satz 1 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:

- Pflegegrade 2 oder 3: halbjährlich,
- Pflegegrade 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 5 und 6 SGB XI einmal pro Halbjahr freiwillig in Anspruch nehmen.

38a.6.2 Seit 1. Januar 2019 werden die Vergütungen für den Beratungsbesuch zwischen dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes und den Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften vereinbart, so dass es keine einheitlichen Pauschalen für den Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI mehr gibt.

38b Zu § 38b – Kombinationsleistungen

38b.1 Zu Absatz 1

Bei einer Kombination der Leistungen nach § 38a Absatz 1 und 3 bestimmt sich die Höhe der anteiligen Pauschalbeihilfe nach der dem Verhältnis der tatsächlichen zur höchstmöglichen Inanspruchnahme der Pflegesachleistung.

Beispiele:

1. [1]Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als pflegebedürftige Person 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 pflegebedürftige Person 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 Personen, 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 die pflegebedürftige Person 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 Personen 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]Die Weiterzahlung der Pauschalbeihilfe setzt voraus, dass vor einer Verhinderungspflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. [4]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 der pflegebedürftigen Person 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 teilstationären Pflege sind zusätzlich zu Aufwendungen nach § 38a Absatz 1, 3 oder § 38b beihilfefähig, ohne dass eine Anrechnung auf diese Aufwendungen erfolgt.

38d.2 [1]Fahrtkosten sind Bestandteil der mit der Pflegeeinrichtung geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen und werden im Rahmen des maßgeblichen Höchstbetrags nach § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB XI erstattet. [2]Sofern Fahrtkosten nicht in der Rechnung der Einrichtung enthalten sind und gesondert geltend gemacht werden, sind diese nach den Vorgaben des § 31 Absatz 4 bei Fahrten von Angehörigen zu ermitteln bzw. die tatsächlichen Fahrtkosten bei Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu berücksichtigen und im Rahmen der Leistungsbeträge nach § 38d BBhV i.V.m. § 41 SGB XI mit zu erstatten.

38.d.3 **zu Absatz 3**
(unbesetzt)

38e Zu § 38e – Kurzzeitpflege

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

38e.2 [1]Der beihilfefähige Betrag für eine Kurzzeitpflege beträgt bis zum 31.12.2021 1 612 Euro und ab dem 01.01.2022 1 774 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]Die Weiterzahlung der Pauschalbeihilfe setzt voraus, dass vor einer Kurzeitpflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. [4]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 werden kann. [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 können dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn entsprechende Zuschüsse seitens der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gezahlt werden.

38g Zu § 38g – Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohn-umfeldes

38g.1 [1]Zur Verwaltungsvereinfachung und Entlastung der pflegebedürftigen Personen 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 und

- der Versicherte mit den Empfehlungen einverstanden ist (siehe zum Ganzen § 18 Absatz 6a SGB XI).

[2]Diese Vereinfachung umfasst auch Hilfsmittel, die dem SGB V unterfallen.

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

38g.3 Hat die Pflegeversicherung den monatlichen Bedarf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel pauschal ohne Vorlage von Rechnungen anerkannt, kann die Festsetzungsstelle entsprechend Beihilfe ohne Kostennachweis gewähren.

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

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 Bund festgelegt wird, an die Deutsche Rentenversicherung Bund und an den zuständigen 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 [1]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 Website

der Deutschen Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung.de) veröffentlicht ist.

38.h.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

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 Personen 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 hinausgehen, wie Unterkunft, Verpflegung sowie 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 Pflegemonats zugrunde gelegt. [5]Bei rückwirkender Besoldungserhöhung erfolgt keine Neuberechnung. [6]Auf Grundlage der Vorgriffsregelung vom 3. Dezember 2021 (GMBl S. 1441) wird der Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI in den folgenden Beispielen berücksichtigt.

Beispiel 1 (Besoldungstabelle Stand 1. April 2022):
Ehepaar

Beihilfeberechtigter (Versorgungsempfänger, letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) seit über 14 Monaten in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 3, Ehefrau nicht pflegebedürftig, keine weiteren berücksichtigungsfähigen Personen

Pos.		
1	Rechnungsbetrag:	3 750,50 €
2	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	24,50 €
3	Abzug Pauschalbetrag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	1 262,00 €
4	Abzug Leistungszuschlag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	216,00 €
5	nicht gedeckte Aufwendungen:	2 248,00 €
6	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	2 812,35 €
7	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	2 359,69 €

Berechnung zu Pos. 7:

§ 39 Absatz 2 Satz 1 BBhV	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	gesamt
Nr. 1	472,35 €		
Nr. 2		1 771,31 €	
Nr. 3			
Nr. 4	116,03 €		
Summe	**588,38 €**	**1 771,31 €**	**2 359,69 €**

8	selbst zu tragender Anteil (Pos. 6 minus Pos. 7):	452,66 €
9	zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 5 minus Pos. 8):	1 795,34 €

Beispiel 2 (Besoldungstabelle Stand 1. April 2022):
Alleinstehender Beihilfeberechtigter (Versorgungsempfänger, letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) seit über 14 Monaten in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 3

Pos.		
1	Rechnungsbetrag:	3 750,50 €
2	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	24,50 €
3	Abzug Pauschalbetrag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	1 262,00 €
4	Abzug Leistungszuschlag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	216,00 €
5	nicht gedeckte Aufwendungen:	2 248,00 €
6	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	2 812,35 €
7	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	588,38 €

Berechnung zu Pos. 7:

	Beihilfeberechtigter	gesamt
Nr. 1	472,35 €	
Nr. 2		
Nr. 3		
Nr. 4	116,03 €	
Summe	**588,38 €**	**588,38 €**

8	selbst zu tragender Anteil (Pos. 6 minus Pos. 7):	2 223,97 €
9	zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 5 minus Pos. 8):	24,03 €

Beispiel 3 (Besoldungstabelle Stand 1. April 2022):
Ehepaar mit einem berücksichtigungsfähigen Kind (Beihilfeberechtigter, Besoldungsgruppe A 13, Stufe 8), Ehefrau seit über 26 Monaten in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegegrad 5

Pos.		
1	Rechnungsbetrag:	4 674,50 €
2	Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon):	64,50 €
3	Abzug Pauschalbetrag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	2 005,00 €
4	Abzug Leistungszuschlag nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung:	542,25 €
5	nicht gedeckte Aufwendungen:	2 062,75 €
6	Einnahmen nach § 39 Absatz 3:	5 220,25 €
7	von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben:	2 597,92 €

Berechnung zu Pos. 7:

§ 39 Abs. 2 BBhV	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	Kind	gesamt
Nr. 1		472,35 €		
Nr. 2	1 771,31 €			
Nr. 3			177,13 €	
Nr. 4	177,13 €			
Summe	**1 948,44 €**	**472,35 €**	**177,13 €**	**2 597,92 €**

8	selbst zu tragender Anteil (Pos. 6 minus Pos. 7):	2 622,33 €
9	die nicht gedeckten Aufwendungen liegen unter dem selbst zu tragendem Anteil (Pos. 5 minus Pos. 8), daher ist keine zusätzliche Beihilfe zu gewähren.	

39.2.2 Das Grundgehalt im Sinne der Verordnung ist der ausgewiesene Betrag der Tabelle der Bundesbesoldungsordnung.

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 39.1.5 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) 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 39.2.4 gilt entsprechend bei der Berechnung der Einnahmen.

39.4 Zu Absatz 4

[1]§ 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 einer dreijährigen Dynamisierung.

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]Demnach sind etwa Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für Behinderte nicht beihilfefähig.

39a.2 Bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, 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 Personen mit Pflegegrad 1 sind nur die enumerativ aufgeführten Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig.

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 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 des SGB IV. [4]Soweit andere Sozialleistungsträger Zuschüsse gewähren, sind diese im Rahmen des § 9 Absatz 1 anzurechnen. [5]Bei Vorliegen der Voraussetzungen kommt daneben auch eine Beihilfegewährung nach § 38e (Kurzzeitpflege) und § 39 (vollstationäre Pflege) in Betracht.

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)

40a Zu § 40a – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

40a.1 Zu Absatz 1

Zugelassene Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können in den Einrichtungen eine Beratung über medizinisch und pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase sowie das Aufzeigen von Hilfe und Angebote der Sterbebegleitung anbieten.

40a.2 Zu Absatz 2

[1]Die Leistung kann nur in Pflegeeinrichtungen erbracht werden, dennoch handelt es sich nicht um eine pflegebedingte Aufwendung, sondern gehört zu den Krankheitskosten. [2]Es gilt daher nicht der Halbteilungsgrundsatz des § 46 Absatz 4 für Pflegeleistungen. [3]Die Erstattung erfolgt zum Regelbemessungssatz. [4]Bei pflichtversicherten Personen gilt die Anrechnung nach § 9 Absatz 1.

41 Zu § 41 – Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

41.1 Zu Absatz 1

41.1.1 [1]Inhalt, Zielgruppe, Altersgrenzen, 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 18. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“),

2. zur Jugendgesundheitsuntersuchung bei Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und vollendetem 14. Lebensjahr („Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“),

3. über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinie“) und „Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme“,

4. über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“),

5. über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V.

[2]Die vorstehend genannten Richtlinien sind auf der Website 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**

[1]Bei den Maßnahmen nach Anlage 14 handelt es sich ausschließlich um ein Früherkennungsprogramm (Präventionsprogramm) für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko. [2]Aufwendungen für genetische Analysen im Rahmen einer bereits laufenden Behandlung, also einer kurativen Maßnahme, sind von den Voraussetzungen nach Anlage 14 nicht betroffen, auch sind sie nicht auf spezialisierte Zentren beschränkt.

41.4 **Zu Absatz 4**

Nummer 41.3 gilt entsprechend.

41.5 **Zu Absatz 5**

Aufwendungen beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko sind beihilfefähig

- für ärztliche Beratungen, erforderliche Untersuchungen nach § 41 Absatz 5 und
- für verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe nach § 22 Absatz 1 Nummer 1.

41.6 **Zu Absatz 6**
(unbesetzt)

41.7 **Zu Absatz 7**
(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 Zu Absatz 1 Nummer 1

42.1.1.1 Für Aufwendungen der Schwangerschaftsüberwachung können die jeweils gültigen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien"), derzeit in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz. Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 16. September 2021 (BAnz AT 26. November 2021 B 4), in Kraft getreten am 1. Januar 2022, 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

43.1 **Zu Absatz 1**

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

43.1.2 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.

43.2 **Zu Absatz 2**

[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.

43.3 Zu Absatz 3

Nummer 43.2 gilt entsprechend.

43.4 Zu Absatz 4

43.4.1 [1]Im Fall eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer IVF kann in maximal zwei darauffolgenden Zyklen die ICSI zur Anwendung kommen, auch wenn die Voraussetzungen der ICSI nicht vorliegen. [2]Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sog. Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.

43.4.2 [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.

43.5 Zu Absatz 5

43.5.1 [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 eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. [2]Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und gegebenenfalls welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Kostenerstattung.

43.5.2 [1]Nach Geburt eines Kindes sind Aufwendungen für die Herbeiführung einer erneuten Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung nach Nummer 43.5.1 beihilfefähig. [2]Dies gilt auch, wenn eine sogenannte klinische Schwangerschaft (z. B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.

43.6 Zu Absatz 6

(unbesetzt)

43.7 Zu Absatz 7

(unbesetzt)

43a Zu § 43a – Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

43a.1 Zu Absatz 1

(unbesetzt)

43a.2 Zu Absatz 2

(unbesetzt)

43a.3 Zu Absatz 3

Liegt eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 oder Absatz 3 StGB vor, bedarf es grundsätzlich keiner weitergehenden Prüfung der Rechtmäßigkeit durch die Festsetzungsstelle.

44 Zu § 44 – Überführungskosten

44.1 Zu Absatz 1

44.1.1 [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.

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

44.2 Zu Absatz 2

(unbesetzt)

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 85 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 5 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 beschränkt sich auch dann auf den individuellen Bemessungssatz, wenn die 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

45a.2.1 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.2.2 [1]Für Spenderinnen und Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind die Kosten einer notwendigen Unterbringung außerhalb des Krankenhauses (beispielsweise in einem Hotel) als beihilfefähig anzuerkennen. [2]Dies gilt

insbesondere, wenn es sich um die jährlichen ambulanten Nachsorgeuntersuchungen der Spender handelt, die nicht am Wohnort des Spenders durchgeführt werden, sondern in dem Krankenhaus, in dem die Spende erfolgte.

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 diese entsprechend dem Bemessungssatz zu zahlen, wenn die Registrierung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte.

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

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 Für den erhöhten Bemessungssatz nach Satz 1 ist es unerheblich, welcher Tatbestand der Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 Absatz 2 vorliegt.

46.3.2 [1]Den erhöhten Bemessungssatz erhält die beihilfeberechtigten Person, die die familienbezogenen Besoldungsbestandteile für mindestens zwei Kinder bezieht. 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.

46.3.3 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.

46.3.4 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 vorgesehenen 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

47.5.1 [1]Bei beihilfeberechtigten Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und bei deren berücksichtigungsfähigen Personen, die der Familienversicherung nach § 10 SGB V unterliegen, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen unter Anrechnung der Leistungen und Erstattungen der Krankenkasse. [2]Die Erhöhung der Erstattungsleistungen für beihilfefähige Aufwendungen umfasst auch solche Fälle, in denen die medizinische Maßnahme als einheitliche

Leistung angesehen werden kann wie bei einem stationären Krankenhausaufenthalt mit gesondert berechenbarer Unterkunft. [3]Unbeschadet hiervon sind etwaige Eigenbehalte, sonstige Minderungs- oder Höchstbeträge.

47.5.2 [1]Eine Aufstockung wird nicht gewährt, wenn – wie z. B. bei sogenannten IGEL-Leistungen – keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen. [2]Hier gilt der Bemessungssatz nach § 46.

47.6 **Zu Absatz 6**
(unbesetzt)

47.7 **Zu Absatz 7**
(unbesetzt)

47.8 **Zu Absatz 8**
(unbesetzt)

47.9 **Zu Absatz 9**

47.9.1 [1]Die Regelung beinhaltet die Möglichkeit eines Nachteilsausgleichs für Personen, die in Folge einer Gesetzesänderung beihilfeberechtigte Personen 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.

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

49.1.2 [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.

49.1.3 [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.

49.1.4 [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 fünf Euro ist hier nicht anzuwenden.

49.1.5 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten unterliegen grundsätzlich dem Abzug von Eigenbehalten, außer den Fahrtkosten nach § 35 Absatz 2.

49.1.6 [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 und einer ambulanten Anschlussheil- oder Suchtbehandlung.

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 5 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.

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 Website 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 Eigenanteil = 45 Euro beihilfefähiger Betrag. [3]Bei einem Bemessungssatz von 50 Prozent werden 22,50 Euro Beihilfe ausgezahlt. [4]Ohne Eigenanteil 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 Eigenanteil.

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.

<u>Beispiele:</u>

Berücksichtigung Belastungsgrenze

Besoldungs-gruppe	Abgabepreis des Arzneimittels	Beihilfefähiger Betrag (fiktiv)	Bemessungssatz	Beihilfe (fiktiv ohne Eigenbehalt)	Anrechnung für Belastungsgrenze
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 Arzneimittels	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 nicht verschreibungspflichtigen Festbetragsarzneimittel wird der volle Apothekenverkaufspreis 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 Apothekenverkaufspreis des Arzneimittels abgestellt. [3]Erst bei der Berechnung der Beihilfe wird als beihilfefähiger Betrag der Festbetrag anerkannt, sofern er unter dem Apothekenverkaufspreis liegt.

Beispiel:
nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel
Apothekenverkaufspreis: 12,76 Euro
Festbetrag: 7,59 Euro
beihilfefähiger Betrag: 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 Apothekenverkaufspreises von 12,76 Euro die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vorliegt.

50.1.6 Die Berechnung der Belastungsgrenze erfolgt allein nach den Regelungen der BBhV, unabhängig davon, ob und in welcher Höhe bei Versicherungsleistungen Eigenbehalte abgezogen werden.

50.1.7 Bei fristgerechter Antragstellung und Überschreiten der Belastungsgrenze erfolgt die Erstattung der die Belastungsgrenze übersteigenden, einbehaltenen Eigenbehalte sowie der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, auf Grundlage des Apothekenverkaufspreises; höchstens jedoch zum Festbetrag.

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.

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

51.2.1 Zur Verfahrensweise wird auf Nummer 37.2 verwiesen.

51.2.2 [1]Die Beihilfe, die für zwölf Monate regelmäßig wiederkehrend in gleichbleibender Höhe zu den Aufwendungen in Pflegefällen gezahlt werden kann und entsprechend festgesetzt worden ist, braucht nur überprüft und korrigiert werden, wenn die beihilfeberechtigte Person innerhalb dieses Zeitraums Änderungen mitteilt. [2]Nach den zwölf Monaten ist die Zahlung einzustellen, es sei denn, es wurde ein neuer Antrag gestellt. [3]Die beihilfeberechtigte Person sollte rechtzeitig auf das Erfordernis einer neuen Antragstellung hingewiesen werden.

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, Angaben 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 [1]Die Wahlleistungsvereinbarung muss zusammen mit den ersten Rechnungen über die Wahlleistungen dem Beihilfeantrag beigefügt werden. [2]Im Falle der Abrechnung von Wahlleistungen bei Rehabilitationseinrichtungen brauchen keine Wahlleistungsvereinbarungen vorgelegt werden. [3]Rehabilitationsmaßnahmen unterliegen nicht dem KHEntgG, also auch nicht § 17 KHEntgG. [4]Entsprechend berechnete Leistungen sind nach § 26 Absatz 1 Nummer 5 zu prüfen.

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

(unbesetzt)

51.7 Zu Absatz 7

[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.

51.8 Zu Absatz 8

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

51.8.2 [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.

51.9 Zu Absatz 9

[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.

51a Zu § 51a – Zahlung an Dritte

51a.1 Zu Absatz 1

(unbesetzt)

51.a.2 Zu Absatz 2

51.a.2.1 [1]Die jeweiligen Rechtsbeziehungen zwischen der beihilfeberechtigten Person und dem Beihilfeträger und die der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zum

Krankenhaus bleiben unberührt. [2]Die Direktabrechnung bedeutet daher weder einen Schuldbeitritt noch eine Schuldübernahme.

51.a.2.2 [1]§ 51a Absatz 2 BBhV verpflichtet die Festsetzungsstellen, bei der Festsetzung abrechnungsrelevante Klärungen mit dem Krankenhaus durchzuführen. [2]So sollen Unstimmigkeiten oder Fehler in der Rechnung – wie etwa eine fehlende Wahlleistungsvereinbarung oder eine falsche DRG-Abrechnung usw. – im Vorfeld der Beihilfefestsetzung zwischen Krankenhaus und Festsetzungsstelle abgeklärt werden. [3]Gelingt dies nicht, sind eventuelle Rechtsstreitigkeiten nach der Beihilfefestsetzung zwischen der behandelten Person und dem Krankenhaus zu klären.

51.a.2.3 [1]Erfasst werden nur Krankenhäuser, die auch für die Behandlung von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 108 SGB V zugelassen sind. [2]Privatkliniken oder Kliniken im Ausland werden nicht erfasst. [3]Hier bleibt es bei dem bewährten Erstattungsverfahren. [4]Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser nehmen nur dann am Direktabrechnungsverfahren teil, wenn sie der Rahmenvereinbarung zwischen der DKG und dem BMI beitreten. [5]Dies kann sowohl generell mittels durch formellen ausdrücklichen Beitritts, als auch im jeweiligen einzelnen Behandlungsfall durch bloße Übersendung des Beihilfeantrags an die Festsetzungsstelle zur Direktabrechnung erfolgen. [6]Das BVA veröffentlicht eine Liste der bisher generell beigetretenen Krankenhäuser unter https://www.bva.bund.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/Bundesbedienstete/Gesundheit-Vorsorge/Beihilfe/2018/krankenhausdirektabrechnung.html. [7]Es wird dennoch den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen empfohlen, wenn möglich, im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes die Teilnahme am Direktabrechnungsverfahren bei den Krankenhäusern zu erfragen, sofern sie dieses Verfahren in Anspruch nehmen wollen.

51.a.2.4 [1]Umfasst von der Krankenhausdirektabrechnung sind die beihilfefähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und ggf. Wahlleistungen für gesonderte Unterkunft. [2]Werden ausnahmsweise wahlärztliche Leistungen in der Krankenhausrechnung mit liquidiert, finden die Regelungen zur Direktabrechnung auch

Anwendung. [3]Nicht beihilfefähige Leistungen, Abzugsbeträge für eine gesondert berechenbare Unterkunft nach § 26 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b oder Eigenbehalte nach § 49 sind nicht erfasst und müssen weiterhin von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person unmittelbar dem Krankenhaus erstattet werden.

51.a.2.5 Das Abrechnungsverfahren gliedert sich in die drei Teilschritte:

1. Aufnahmeverfahren im Krankenhaus,

2. Übermittlung der Rechnung und anderer Unterlagen durch das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle und

3. Beihilfezahlung unmittelbar an das Krankenhaus.

51.a.2.6 [1]Das Direktabrechnungsverfahren beginnt mit der Stellung eines Antrages nach Anlage 16. [2]Nach der Behandlung sendet das Krankenhaus den Antrag zusammen mit der Rechnung an die Festsetzungsstelle. [3]Nach Prüfung der Rechnung wird der Rechnungsbetrag in Höhe der Beihilfe durch die Festsetzungsstelle an das Krankenhaus überwiesen. [4]Die beihilfeberechtigte Person erhält einen abschließenden Bescheid.

51.a.2.7 Die Festsetzungsstelle soll prüfen, ob Ausschlussgründe, die einer Direktabrechnung entgegenstehen, die ohne großen Aufwand behoben werden können.

51.a.2.8 [1]Kommt eine Direktabrechnung nicht in Betracht, erhält die beihilfeberechtigte Person einen entsprechenden Ablehnungsbescheid, dessen Inhalt dem Krankenhaus mitgeteilt wird. [2]In diesem Fall ist dann das übliche Beihilfeverfahren zu beschreiten.

51a.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

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 (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 Beihilfeanspruch 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 Leistungshöhe

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.

54.1.5 Eine innerhalb der Frist des § 54 Absatz 1 gemachte Dienstunfallanzeige kann in einen Beihilfeantrag nach § 51 Absatz 1 umgedeutet werden, wenn kein Dienstunfall festgestellt wurde und ein nunmehr eingereichter Beihilfeantrag verfristet wäre.

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 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)

58 Zu § 58 – Übergangsvorschriften

58.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

58.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

58.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

58.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

59 Zu § 59 – Inkrafttreten
(unbesetzt)

60 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. April 2022 in Kraft.

Anhang 1
(zu den Nummern 5.6 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. Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartnerin/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 6 und § 46 Absatz 3 BBhV):

Familienname	Vorname	Geburtsdatum

_____	_____
Datum	Unterschrift

Anhang 2

Formblatt 1
(zu Nummer 18a.4)

Beihilfeberechtigte Person:

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl Wohnort	
Personalnummer		

(Anschrift der Beihilfefestsetzungsstelle)

_____
Datum

Übersendungsschreiben zum
Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Psychotherapie

Pseudonymisierungscode **(wird von der Beihilfefestsetzungsstelle vergeben)**	

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei übersende ich Ihnen den Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie.

Mit freundlichen Grüßen

_____

Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

Anlagen: □ Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

□ Bericht an die Gutachterin/den Gutachter

□ Konsiliarbericht

Formblatt 2
(zu Nummer 18a.4.2)

Antrag
auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Psychotherapie

I.	**Pseudonymisierungscode (wird von der Beihilfefestsetzungsstelle vergeben)**	
	Ich bitte um die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie. _____ Datum, Unterschrift der beihilfeberechtigten Person	
II.	**Auskunft der Patientin/des Patienten**	
	1. Wer wird behandelt? □ beihilfeberechtigte Person □ berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 BBhV (Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartnerin/Lebenspartner) □ berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 2 BBhV (Tochter/Sohn) Geburtsdatum der Patientin/des Patienten:_____	
	2. Schweigepflichtentbindung Ich ermächtige Frau/Herrn _____ der Fachgutachterin / dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle – ohne Bekanntgabe meines Namens – Auskunft zu geben und 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. _____ Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten	
III.	**Bescheinigung der Therapeutin/des Therapeuten**	

	1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt? Angabe der Diagnose: _____
	2. Welcher Art ist die Psychotherapie? □ Erstbehandlung □ Verlängerung bzw. Folgebehandlung □ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie □ analytische Psychotherapie □ Verhaltenstherapie □ für Erwachsene □ für Kinder und Jugendliche
	3. Welche Anwendungsform ist geplant und mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen? □ ausschließlich Einzelbehandlung mit folgender Zahl an Sitzungen: _____ □ ausschließlich Gruppenbehandlung mit folgender Zahl an Sitzungen: _____ □ Kombinationsbehandlung mit □ überwiegend Einzelbehandlung mit _____ Einzelsitzungen und _____ Gruppensitzungen □ überwiegend Gruppenbehandlung mit _____ Einzelsitzungen und _____ Gruppensitzungen □ die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt (In diesen Fällen muss jeweils jeder Therapeut das Formblatt 2 ausfüllen.)
	4. Werden Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen? □ Nein □ Ja Anzahl der Sitzungen: _____
	5. Gebührenziffer(n) und Gebührenhöhe? Gebührenziffer(n): _____ Gebührenhöhe je Sitzung: _____
	6. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt? □ Nein □ Ja, von _____ bis _____ mit folgender Zahl an Sitzungen: _____
IV.	**Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie**
	1. Ärztinnen und Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

	□ Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie □ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie □ Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
	□ Ärztin/Arzt mit folgender Zusatzbezeichnung: □ Psychotherapie verliehen: □ vor dem 1. April 1984 □ nach dem 30. März 1984 □ Psychotherapie – fachgebunden – □ Psychoanalyse
	□ Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie □ Schwerpunkt Verhaltenstherapie Eine Berechtigung zur Behandlung □ in Gruppen □ von Kindern und Jugendlichen liegt vor. **2. Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten** (Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder lesbar ausfüllen!)
	2.1 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) Datum der Approbation _____ als □ Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut □ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

	Für welches nachfolgend anerkanntes Behandlungsverfahren liegt eine durch „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 Absatz 3 Nummer 1 PsychThG und entsprechend Abschnitt 3 Nummer 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 bei □ Erwachsenen □ Kindern und Jugendlichen □ in Gruppen Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG) _____
	2.2 Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 des PsychThG (Übergangsregelung) Datum der Approbation _____ als □ Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut □ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut KV-Zulassungsnummer: _____ Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei der KV _____ Für welches nachfolgend anerkanntes Behandlungsverfahren liegt bezogen auf die KV-Zulassung oder Eintragung in das Arztregister eine „vertiefte Ausbildung“ nach § 12 PsychThG und entsprechend Abschnitt 3 Nummer 3 und 6 sowie Abschnitt 4 Nummer 3 und 4 der Anlage 3 zur BBhV vor? □ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie □ analytische Psychotherapie □ Verhaltenstherapie bei □ Erwachsenen □ Kindern und Jugendlichen □ in Gruppen Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31. Dezember 1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut?

	□ Nein □ Ja, für □ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) □ analytische Psychotherapie □ Verhaltenstherapie Name und Ort des Institutes: _____ Datum des Abschlusses _____
	Datum, Unterschrift und Stempel der Therapeutin/des Therapeuten

Formblatt 3
(zu Nummer 18a.4.2)

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als VERTRAULICHE ARZTSACHE gekennzeichneten Umschlag der Beihilfefestsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin/den Gutachter zu übersenden.
Absender Name und Anschrift der Therapeutin/des Therapeuten

Bericht an die Gutachterin/den Gutachter zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Angaben über die Patientin/den Patienten

Pseudonymisierungscode (wird von der Beihilfefestsetzungsstelle vergeben)		Familienstand
Geburtsdatum	Geschlecht	Beruf

II. Angaben über die Behandlung

Art der vorgesehenen Therapie
Datum des Therapiebeginns
Angaben zur Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl und Behandlungsfrequenz seit Therapiebeginn
Angaben zur voraussichtlich noch erforderlichen Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl und Behandlungsfrequenz

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

Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.
Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

1. **Spontanangaben** der Patientin/des Patienten zu ihrem/seinem Beschwerdebild, dem bisherigen Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin/des Patienten (bei Kindern und Jugendlichen 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 Kindern und Jugendlichen 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 Psychotherapeutinnen/Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese, oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

4. **Biografische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin/des Patienten in ihrer/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 Kindern und Jugendlichen auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.

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 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 aufgrund 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 bzw. 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. Bei Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Soll bei einer begleitenden Behandlung der Bezugspersonen vom Regelverhältnis 1:4 abgewichen werden, muss dies begründet werden. 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, 2, 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 bzw. 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.

Datum
Unterschrift und Stempel der Therapeutin/des Therapeuten

Formblatt 4
(zu Nummer 18a.4.2)

Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

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

auf Veranlassung von Name der Therapeutin/des Therapeuten

Patient Pseudonymisierungscode (wird von der Beihilfefestsetzungsstelle vergeben)

□ Aufgrund ärztlicher Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung.

□ 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 anamnesischen Daten:
Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnose(n):
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 bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich machen, liegen vor:

□ Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist
□ erfolgt. □ veranlasst.

Folgende ärztliche/ärztlich-veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig:
Folgende ärztliche Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst:

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Formblatt 5
(zu Nummer 18a.4.5)

Anschrift der Beihilfefestsetzungsstelle

(Name und Anschrift der Gutachterin/des Gutachters)

Datum

Bundesbeihilfeverordnung
hier: Psychotherapie-Gutachten

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

bitte ich Sie um gutachterliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

Pseudonymisierungscode _____.

Der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit, die Entbindung von der Schweigepflicht und der Bericht der Therapeutin/des Therapeuten sind in einem verschlossenen Umschlag beigefügt.

Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten
Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

- Gutachten vom: _____
- Anzahl der Sitzungen: _____
- Name der Gutachterin / des Gutachters: _____

Ihr Gutachten bzw. Zweitgutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 6 nebst einer Rechnung über die Kosten in Höhe von 50 EUR für das Gutachten bzw. 85 EUR für das Zweitgutachten zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen: Antrag auf Psychotherapie (Formblatt 2)
Bericht der Therapeutin/des Therapeuten
Psychotherapie-Gutachten in 3-facher Ausfertigung (Formblatt 6)
Freiumschlag

Formblatt 6
(zu Nummer 18a.4.5)

Psychotherapie-Gutachten

(Das Gutachten bitte in dem beigefügten, als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten, Umschlag der Beihilfefestsetzungsstelle übersenden!)

Pseudonymisierungscode	
Auftragsschreiben vom	

Stellungnahme:

Wie viele Sitzungen sind notwendig?	bei ausschließlicher		bei Kombinationsbehandlung mit überwiegend	
	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
für die Patientin / den Patienten?				
für die begleitende				

Psychotherapie der Bezugsperson				

Datum
Unterschrift und Stempel der Gutachterin/des Gutachters

Formblatt 7
(zu Nummer 18a.4.6)

Anschrift der Beihilfefestsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

Datum

Bundesbeihilfeverordnung
hier: Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie
Ihr Antrag vom …

Sehr geehrte(r) Frau/Herr …

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

□ tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
□ analytischen Psychotherapie
□ Verhaltenstherapie

für _____ durch _____
(Name der Patientin / des Patienten) (Name der Therapeutin / des Therapeuten)

für eine

□ ausschließliche Einzelbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen
□ ausschließliche Gruppenbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen
□ Kombinationsbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen mit
  □ überwiegend Einzelbehandlung
  □ überwiegend Gruppenbehandlung

□ begleitende Behandlung der Bezugsperson mit 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 Beihilfefestsetzungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen

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 ☐ Kind

Ehegatte/Lebenspartner 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