

Referentenentwurf

des Bundesministeriums des Innern und für Heimat

Zehnte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

A. Problem und Ziel

Auf Grund des medizinischen Fortschritts und der Weiterentwicklung des Fünften und Elften Buches Sozialgesetzbuch entstehen Lücken bei der Erstattung von Aufwendungen im Beihilferecht. Mithin besteht die Notwendigkeit, die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) regelmäßig daran anzupassen.

Die BBhV soll mit folgenden Zielen novelliert werden:

- Leistungsveränderungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, die seit der letzten Änderung der Bundesbeihilfeverordnung in Kraft getreten sind, wirkungsgleich in das Beihilferecht des Bundes zu übertragen,
- alle ergangenen Vorgriffregelungen zu kodifizieren,
- die digitalen Gesundheitsanwendungen und digitalen Pflegeanwendungen aufzunehmen,
- die außerklinische Intensivpflege wirkungsgleich an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung zu übertragen,
- etliche Verfahrenserleichterungen herbeizuführen, wie den Wegfall des Gutachterverfahrens im Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen oder die Schaffung eines Dauerverwaltungsaktes im Bereich der wiederkehrenden Pflegeaufwendungen, und
- dem Änderungsbedarf, der sich bei der praktischen Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung ergeben hat, Rechnung zu tragen.

B. Lösung

Erlass dieser Verordnung.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Für den Haushalt des Bundes ergeben sich Mehrausgaben in Höhe von 6 040 000 Euro, die innerhalb der betroffenen Einzelpläne kompensiert werden. Den Mehrausgaben von 6 538 300 Euro stehen Minderausgaben von 498 300 Euro gegenüber.

Die Haushalte der Länder und Kommunen werden durch diese Verordnung nicht belastet.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entsteht durch diese Verordnung kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Vielmehr werden die beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen durch die Verfahrensvereinfachungen in zeitlicher Hinsicht von rund 38 000 Stunden pro Jahr entlastet.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Der Wirtschaft entsteht durch diese Verordnung kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Verwaltung reduziert sich um 955 643 Euro.

Der einmalige Umstellungsaufwand durch die Anpassung der IT-Anwendung für die Beihilfebearbeitung beläuft sich auf etwa 2 000 Euro.

Der auf den Bundeshaushalt entfallende Erfüllungsaufwand wird mit den vorhandenen Personal- und Sachmitteln innerhalb der Einzelpläne abgedeckt.

Es entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für Länder und Kommunen, da sich die Regelungen dieser Verordnung ausschließlich auf das Beihilferecht des Bundes auswirken.

F. Weitere Kosten

Weitere Kosten entstehen nicht.

Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau sind nicht zu erwarten.

Referentenentwurf des Bundesministeriums des Innern und für Heimat

Zehnte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Vom ...

Auf Grund des § 80 Absatz 6 des Bundesbeamtengesetzes, der zuletzt durch Artikel 2 Nummer 2 des Gesetzes vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2232) geändert worden ist, in Verbindung mit § 1 Absatz 2 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176) verordnet das Bundesministerium des Innern und für Heimat im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit:

Artikel 1

Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Die Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713; 2021 I S. 343) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zu § 18 wird wie folgt gefasst:

„§ 18 Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen“.

b) Nach der Angabe zu § 25 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 25a Digitale Gesundheitsanwendungen“.

c) Nach der Angabe zu § 26a wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 26b Übergangspflege im Krankenhaus“.

d) Nach der Angabe zu § 27 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 27a Außerklinische Intensivpflege“.

e) Die Angabe zu § 38c wird wie folgt gefasst:

„§ 38c Verhinderungspflege, Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson“.

f) Die Angabe zu § 38g wird wie folgt gefasst:

„§ 38g Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen“.

g) In der Angabe zu Anlage 1 wird die Angabe „(zu § 6 Absatz 2)“ durch die Angabe „(zu § 6 Absatz 4 Satz 2)“ ersetzt.

h) In der Angabe zu Anlage 2 wird die Angabe „(zu § 6 Absatz 3 Satz 4)“ durch die Angabe „(zu § 6 Absatz 5 Satz 4)“ ersetzt.

i) Die Angaben zu den Anlagen 4 bis 6 werden wie folgt gefasst:

„Anlage 4 (weggefallen)

Anlage 5 (weggefallen)

Anlage 6 (weggefallen)“.

j) Die Angabe zu Anlage 14a wird aufgehoben.

k) Die Angabe zu Anlage 15 wird wie folgt gefasst:

„Anlage 15 (zu § 41 Absatz 4) Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko“.

2. Dem § 5 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Beihilfeberechtigung aus einem neuen Dienstverhältnis schließt die Beihilfeberechtigung aus einem bereits bestehenden Dienstverhältnis aus.“

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Solange die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner mit einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 in häuslicher Gemeinschaft am Auslandsdienstort lebt, bleiben unberücksichtigt:

1. deren oder dessen im Rahmen einer im Ausland aufgenommenen oder fortgeführten Erwerbstätigkeit erzielten ausländischen Einkünfte,
2. deren oder dessen im Kalenderjahr der Ausreise an den ausländischen Dienstort und der Rückreise an den inländischen Dienstort aus einer Erwerbstätigkeit erzielten inländischen Einkünfte und
3. deren oder dessen Versorgungsbezüge und Renteneinkünfte.“

bb) In Satz 8 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Sind zum Zeitpunkt der Antragstellung die Aufwendungen einer nach § 4 Absatz 1 berücksichtigungsfähigen Person nicht mehr beihilfefähig, ist auf den Zeitpunkt nach Absatz 1 abzustellen.“

b) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bei der Erbringung medizinischer Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien sind Aufwendungen für die Beschaffung, den Betrieb oder die technische Anbindung der Endgeräte sowie die Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen nicht beihilfefähig. Satz 3 gilt nicht für Aufwendungen für Geräte und deren Betrieb, die ausschließlich für eine medizinische Behandlung notwendig sind.“

- c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 3 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.
 - bb) In den Sätzen 1, 2 und 5 werden jeweils die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.
- d) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.
4. In § 8 Absatz 4 Satz 4 Nummer 1 werden die Wörter „nach § 10 Absatz 2, 4 oder 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf Bezug nehmenden Vorschriften“ durch die Wörter „nach den Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
5. In § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 werden die Wörter „nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen“ durch die Wörter „nach den Kapiteln 5, 7 und 8 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
6. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 3 Satz 1 bis 3“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 5 Satz 1 bis 3“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 31 Abs. 5“ durch die Angabe „§ 31 Absatz 6“ ersetzt.
7. In § 13 werden die Wörter „§ 6 Absatz 3 Satz 4“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 5 Satz 4“ ersetzt.
8. § 18 wird wie folgt gefasst:

„§ 18

Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen

(1) Aufwendungen für die folgenden psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 sowie der §§ 18a bis 21 beihilfefähig:

1. Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung,
2. probatorische Sitzungen,
3. psychotherapeutische Akutbehandlung,
4. Psychotherapie in den Behandlungsformen der psychoanalytisch begründeten Verfahren, der Verhaltenstherapie, der Systemischen Therapie sowie
5. psychosomatische Grundversorgung.

(2) Aufwendungen für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung sind je Krankheitsfall für bis zu vier Sitzungen in Einheiten von 100 Minuten beihilfefähig. Die Sitzungen können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden. Darüber hinaus sind unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zusätzlich bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für bis zu fünf probatorische Sitzungen, bei sich anschließender analytischer Psychotherapie für bis zu acht probatorische Sitzungen, sind beihilfefähig, auch wenn Bezugspersonen einbezogen werden. Die probatorische Sitzung umfasst im Einzelsetting 50 Minuten und im Gruppensetting 100 Minuten. Probatorische Sitzungen im Gruppensetting können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden. Darüber hinaus sind bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zwei zusätzliche probatorische Sitzungen beihilfefähig. Probatorische Sitzungen sind nicht auf die beihilfefähigen Kontingente der Behandlungen von Kurz- oder Langzeittherapien anzurechnen.

(4) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung als Einzeltherapie sind je Krankheitsfall für bis zu 24 Behandlungen in Einheiten von mindestens 25 Minuten beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Aufwendungen bis zu 30 Behandlungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung je Krankheitsfall als Einzeltherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig. Soll sich an die psychotherapeutische Akutbehandlung eine Behandlung nach den §§ 19 bis 20a anschließen, ist § 18a Absatz 3 zu beachten. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20a anzurechnen.

(5) Vor einer psychotherapeutischen Behandlung muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen erfolgen.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach § 18 Absatz 4 und den §§ 19 bis 21 sowie
2. Leistungen nach Anlage 3 Abschnitt 1.“

9. § 18a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden vor den Wörtern „mindestens 100 Minuten“ die Wörter „in der Regel“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Eine Gruppenbehandlung kann auch mit einer Behandlungsdauer von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden.“

b) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht“ durch das Wort „den“ ersetzt.

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Festsetzungsstellen können auf die Einholung eines Gutachtens im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 verzichten, wenn sichergestellt ist, dass sie selbst in der Lage sind, Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung festzustellen.“

d) In Absatz 6 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Aufwendungen für bis zu 30 Behandlungen einer genehmigungsfreien Kurzzeittherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig.“

10. In § 19 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „(Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte)“ gestrichen.

11. In § 20 Absatz 1 werden die Wörter „(Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte)“ gestrichen.

12. § 22 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „schriftlich“ gestrichen und in Nummer 4 wird die Angabe „Anlage 4“ durch die Wörter „Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Arzneimittel, die in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung genannt sind, es sei denn, dass das jeweilige Arzneimittel im Einzelfall nicht zur Behandlung in dem für dieses Arzneimittel in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Anwendungsbereich, sondern zur Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung, die eine Krankheit ist, eingesetzt wird und

a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder

b) die anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,“.

bb) In Nummer 3 Buchstabe c wird die Angabe „Anlage 6“ durch die Wörter „Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung; Aufwendungen für anthroposophische und homöopathische Arzneimittel zur Behandlung der in Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten schwerwiegenden Erkrankungen sind beihilfefähig, wenn die

Anwendung des jeweiligen Arzneimittels in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist," ersetzt.

- cc) In Nummer 7 werden nach dem Wort „Versandkosten“ ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht für Aufwendungen von Botendienstzuschlägen in Höhe von 2,50 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je Lieferort und Tag bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken“ eingefügt.

13. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Aufwendungen für Ergotherapie und für bei der Anwendung der Ergotherapie verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der Anlagen 9 und 10 auch beihilfefähig, wenn die Ergotherapie durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten verordnet wird.“

- b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und in Satz 1 werden die Wörter „ärztlich oder zahnärztlich“ gestrichen.

14. In § 24 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und pauschal berechnet“ gestrichen und die Wörter „§ 6 Absatz 3 Satz 1 und 2“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 5“ ersetzt.

15. § 25 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen Gegenstandes im Sinne des Satzes 1 sind auch ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn der Ersatzgegenstand in derselben oder einer gleichwertigen Ausführung beschafft wird wie der unbrauchbar gewordene oder verloren gegangene Gegenstand und die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten nach der Anschaffung erfolgt.“

- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 bei Aufwendungen von mehr als 600 Euro mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat bei Aufwendungen von mehr als 1 200 Euro vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat herzustellen.“

- bb) In Satz 4 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.

16. Nach § 25 wird folgender § 25a eingefügt:

„§ 25a

Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn die digitalen Gesundheitsanwendungen

1. in dem beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen, das nach § 139e Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemacht und auf der Internetseite <https://diga.bfarm.de> veröffentlicht wird, aufgeführt sind und
2. von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten verordnet worden sind.

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bis zu den Kosten für die Standardversion der digitalen Gesundheitsanwendung, sofern nicht aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht die Notwendigkeit einer erweiterten Version schriftlich oder elektronisch begründet wurde. Aufwendungen für Zubehör der digitalen Gesundheitsanwendung sind beihilfefähig, wenn das Zubehör ausschließlich für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung zwingend erforderlich ist.

(2) Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die Beschaffung, den Betrieb und die technische Anbindung der zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Endgeräte,
 2. die zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Telekommunikationsdienstleistungen,
 3. Zweit- oder Mehrfachbeschaffungen der digitalen Gesundheitsanwendung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten; dies gilt auch für eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung, die Lizenzen für die Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet, und
 4. Zubehör, das den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen ist wie zum Beispiel Aktualisierungs- oder Ergänzungssoftware für Betriebsprogramme, Kopfhörer, Mikrofone oder vergleichbare Hardware und digitale Waagen.“
17. In § 26 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b werden die Wörter „der Kosten eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich“ durch die Wörter „von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich,“ ersetzt.
18. § 26a Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 1 Buchstabe a werden nach den Wörtern „Zugrundelegung des“ die Wörter „zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden,“ eingefügt.
 - b) In Nummer 3 wird die Angabe „1,5“ durch die Angabe „1,2“ ersetzt und die Wörter „abzüglich 14,50 Euro“ werden gestrichen.
19. Nach § 26a wird folgender § 26b eingefügt:

„§ 26b

Übergangspflege im Krankenhaus

Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus sind für zehn Tage je Krankenhausbehandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft.“

20. § 27 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „soweit sie angemessen und nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich sind und die Pflege“ durch die Wörter „soweit sie angemessen sind und wenn sie nach Bescheinigung durch eine Verordnerin oder einen Verordner nach Absatz 2 erforderlich sind und die Pflege“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „oder ortsüblichen“ gestrichen.

cc) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Sofern das Entgelt für Pflegekräfte nicht tariflich geregelt ist, sind Aufwendungen im Sinne des Satzes 1 bis zur Höhe von 110 Prozent des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buch Sozialgesetzbuch angemessen. Bis zur jeweiligen Höhe nach Satz 2 und 3 sind auch die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft, die die Verordnerin oder der Verordner für geeignet erklärt, beihilfefähig. Liegt ein sachlicher Grund vor, so sind auch Aufwendungen beihilfefähig, die ihrer Höhe nach über der Höhe nach Satz 3 liegen.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Verordnerin oder Verordner ist

1. im Rahmen der häuslichen Krankenpflege oder Kurzzeitpflege bei fehlender dauernder Pflegebedürftigkeit die Ärztin oder der Arzt,
2. im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
 - a) die Fachärztin für Nervenheilkunde oder der Facharzt für Nervenheilkunde,
 - b) die Fachärztin für Neurologie oder der Facharzt für Neurologie,
 - c) die Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - d) die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - e) die Fachärztin oder der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,

- f) die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut,
 - g) die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
 - h) die Fachärztin mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder der Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.“
- c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.
- d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „eine ärztliche Bescheinigung“ durch die Wörter „eine durch eine Verordnerin oder einen Verordner ausgestellte Bescheinigung“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 1 Nummer 4“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.
- e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und die Wörter „Absätze 1, 2 und 3“ werden durch die Wörter „Absätze 1, 3 und 4“ ersetzt.
- f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und das Wort „ärztlich“ wird durch die Wörter „durch eine Verordnerin oder einen Verordner“ ersetzt.
- g) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.
21. Nach § 27 wird folgender § 27a eingefügt:

„§ 27a

Außerklinische Intensivpflege

(1) Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege kann nachgewiesen werden durch

1. eine ärztliche Verordnung aus der, zum Beispiel aus den Angaben zur Dauer oder zum notwendigen Umfang der medizinischen Behandlungspflege, der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, insbesondere der Bedarf zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, hervorgeht, oder
2. die Feststellung eines besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder die Postbeamtenkrankenkasse.

Spätestens zwölf Monate nach einer Erstaussstellung oder einer Folgeaussstellung ist ein erneuter Nachweis nach Satz 2 Nummer 1 oder nach Satz 2 Nummer 2 zu erbringen.

(2) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind unter

Anrechnung des von der Pflegekasse nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch jeweils übernommenen Leistungsbetrags Aufwendungen beihilfefähig für

1. die Pflege und die Betreuung,
2. die medizinische Behandlungspflege nach § 43 Absatz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
3. die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie
4. die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Nach dem Wegfall eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege sind Aufwendungen in dem nach Satz 1 beihilfefähigen Umfang weiterhin beihilfefähig, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.

(3) Die in den §§ 27 und 39 genannten Aufwendungen sind nicht neben den in den Absätzen 1 und 2 genannten Aufwendungen beihilfefähig.“

22. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße“ durch die Wörter „bis zur Höhe des 1,17-fachen Betrages des sich aus § 1 Absatz 2 Satz 1 des Mindestlohngesetzes ergebenden Mindestlohns“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 2 wird jeweils die Angabe „§ 27 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 27 Absatz 5“ ersetzt.

23. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:
 - „5. zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; Gesundheitsvorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25, 25a und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes sowie die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz nach § 118a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen, oder“.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 Nummer 4 werden nach dem Wort „Union“ ein Komma und die Wörter „sofern hierzu das Aufenthaltsland verlassen wird“ eingefügt.
 - bb) In Satz 4 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.

24. In § 33 Satz 3 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.

25. § 34 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- a) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „**Fahrtkosten für die An- und Abreise**“ durch die Wörter „**Kosten für die Hin- und Rückfahrt**“ ersetzt.
- b) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- c) Folgende Nummer 5 wird angefügt:
 - „**5. bei Fahrten zu und von ambulanten Maßnahmen, wenn die Fahrten entweder durch die Rehabilitationseinrichtung selbst oder durch einen von ihr beauftragten Dienstleister durchgeführt werden, jedoch nicht mehr als 10 Euro pro Behandlungstag.**“

26. § 35 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „**Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat**“ durch die Wörter „**Bundesministerium des Innern und für Heimat**“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 Nummer 1 werden die Wörter „**Fahrtkosten für die An- und Abreise**“ durch die Wörter „**Kosten für die Hin- und Rückfahrt**“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 werden die Wörter „**dem Gutachten**“ durch die Wörter „**einer ärztlichen Bescheinigung**“ ersetzt.

27. § 36 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Der Satzteil vor Nummer 1 wird wie folgt gefasst: „**Die Anerkennung setzt voraus, dass eine ärztliche Bescheinigung Aussagen dazu trifft, dass**“.
 - bbb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
 - „**2. bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 4 eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen,**“.
 - bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
 - „**Der ärztlichen Bescheinigung steht bei Diagnosen aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie nach den §§ 19 bis 21 und 30a die Bescheinigung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleich.**“
 - cc) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „**ein Gutachten**“ durch die Wörter „**eine ärztliche Bescheinigung**“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 werden die Wörter „dem Gutachten“ durch die Wörter „der ärztlichen Bescheinigung“ ersetzt.
28. In § 37 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.
29. § 38a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 werden nach den Wörtern „je Kalenderjahr“ ein Komma und die Wörter „im Fall des § 39 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr,“ eingefügt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
- „(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch nach den §§ 74 bis 76 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch besteht.“
- c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 37 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 37 Absatz 3 bis 3b“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird die Angabe „§ 37 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 37 Absatz 3c“ ersetzt.
30. In § 38b Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „je Kalenderjahr“ ein Komma und die Wörter „im Fall des § 39 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr,“ eingefügt.
31. § 38c wird wie folgt gefasst:

„§ 38c

Verhinderungspflege, Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs oder Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für eine Versorgung der pflegebedürftigen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind nach § 42a Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 und Absatz 5 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nur beihilfefähig, wenn kein Anspruch nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht. Für die Fahrtkosten gilt § 34 Absatz 5 entsprechend. Abweichend von § 38a Absatz 4 Satz 2 ruhen Ansprüche nach § 38a einschließlich der Pauschalbeihilfe, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung befindet und die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach Satz 1 versorgt wird. Erfolgt die Versorgung der pflegebedürftigen Person nach § 42a Absatz 2 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, so sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der betriebsnotwendigen

Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts beihilfefähig.“

32. § 38g wird wie folgt gefasst:

„§ 38g

Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist derjenige Betrag dem Grunde nach beihilfefähig, der für die Berechnung der anteiligen Versicherungsleistungen zugrunde gelegt worden ist.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. digitale Pflegeanwendungen bei häuslicher Pflege entsprechend § 40a des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter der Voraussetzung, dass die Notwendigkeit der Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen durch die private oder soziale Pflegeversicherung anerkannt wurde, und
2. ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen entsprechend § 39a des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind insgesamt nur bis zur Höhe des in § 40b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages beihilfefähig.“

33. § 39 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 43 Absatz 2 und 4 und § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

34. § 39b Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen nach § 38g,“.

b) In Nummer 5 werden die Wörter „von 125 Euro monatlich“ durch die Wörter „des in § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages“ ersetzt.

c) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38f Satz 2,“.

d) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 8.

35. In § 40 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.

36. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 4 beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis dritten Grades beruht. Aufwendungen nach Satz 1 sind nach Maßgabe der Anlage 14 für folgende Maßnahmen beihilfefähig:

1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung,
2. genetische Untersuchung,
3. intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen.

(4) Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 4 beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis zweiten Grades beruht. Aufwendungen nach Satz 1 sind nach Maßgabe der Anlage 15 für folgende Maßnahmen beihilfefähig:

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
2. Tumorgewebsdiagnostik,
3. genetische Analyse (Untersuchung auf Keimmutation),
4. Früherkennungsmaßnahmen.“

b) In Absatz 6 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.

c) In Absatz 7 wird die Angabe „§ 31 Abs. 5“ durch die Angabe „§ 31 Absatz 6“ ersetzt.

37. § 42 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.

b) Im neuen zweiten Teilsatz wird die Angabe „§ 27 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 27 Absatz 5“ ersetzt.

38. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 6 wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt.
- bb) In Nummer 7 wird das Wort „und“ am Ende durch einen Punkt ersetzt.
- cc) Nummer 8 wird aufgehoben.

b) Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

Nummer	Behandlungsmethode	Indikationen	Anzahl der beihilfefähigen Versuche
„5	Intracytoplasmatische Spermieninjektion	<ul style="list-style-type: none"> – schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermioogramme, die auf der Grundlage des Handbuchs der Weltgesundheitsorganisation zu „Examination and processing of human semen“ erstellt worden sind; die Untersuchung des Mannes durch eine Ärztin oder einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen – Intracytoplasmatische Spermieninjektion nach Kryokonservierung nach Absatz 7 bei nachgewiesener Fertilitätsstörung bei der Frau unabhängig von einer männlichen Fertilitätsstörung 	<p>drei;</p> <p>der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat“.</p>

c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Aufwendungen für die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie Aufwendungen für die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Aufwendungen nach Satz 1 können höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Nummer 5 als beihilfefähig anerkannt werden.“

39. § 45a Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ werden durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.
- b) In Nummer 5 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
- c) Nummer 6 wird aufgehoben.

40. In § 45b Absatz 2 werden die Wörter „Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministeriums des Innern und für Heimat“ ersetzt.

41. In § 46 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „§ 5 Absatz 5 Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „§ 5 Absatz 6 Satz 2 bis 4“ ersetzt.

42. § 47 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird vor den Wörtern „berücksichtigungsfähigen Personen“ das Wort „deren“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch die Wörter „Entschädigungszahlungen an Geschädigte nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.
 - c) In Absatz 6 werden die Wörter „§ 31 Abs. 5 und § 41 Abs. 5“ durch die Wörter „§ 31 Absatz 6 und § 41 Absatz 6“ ersetzt.
 - d) In Absatz 9 Satz 1 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.
43. § 48 Absatz 1 Satz 5 und 6 wird wie folgt gefasst:
- „Bei der Abrechnung von Aufwendungen ist die Summe der Aufwendungen, die mit dem Antrag geltend gemacht werden und die dem Grunde nach beihilfefähig sind, der Summe der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen. Abweichend davon sind die jeweiligen dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 26 und 35 bis 39b den jeweils entsprechenden Leistungen gegenüberzustellen.“
44. § 49 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Nummer 1 wird die Angabe „Anlage 4“ durch die Wörter „§ 22 Absatz 1 Nummer 4“ ersetzt.
 - bbb) In Nummer 3 wird die Angabe „§ 35 Abs. 2“ durch die Wörter „§ 34 Absatz 5 und § 35 Absatz 2 Nummer 1“ ersetzt.
 - bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung.“
 - b) Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Wörter „§ 26a Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 und stationäre Behandlungen“ werden durch die Wörter „§ 26a Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 und § 26b und stationären Behandlungen“ ersetzt.
 - bb) Die Wörter „§ 34 Absatz 1, 2 und 5“ werden durch die Wörter „§ 34 Absatz 1, 2 und 6“ ersetzt.
 - c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 5 Buchstabe b wird die Angabe „30 Prozent“ durch die Angabe „20 Prozent“ ersetzt.
- bb) In Nummer 6 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat“ durch die Wörter „Bundesministerium des Innern und für Heimat“ ersetzt.

45. § 50 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Dabei sind sowohl die Beträge nach § 49 Absatz 1 bis 3 als auch die Aufwendungen für Arzneimittel nach Satz 1 Nummer 2 zum entsprechenden Bemessungssatz zu berücksichtigen.“

46. § 51 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Auf Antrag kann die Festsetzungsstelle Beihilfe für Aufwendungen in Pflegefällen nach den §§ 37 bis 39 und 39b bei gleichbleibender Höhe regelmäßig wiederkehrend leisten, wenn die beihilfeberechtigte Person sich in dem Antrag verpflichtet,

1. der Festsetzungsstelle jede Änderung der Angaben im Beihilfeantrag unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen und
2. den Beihilfeanspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten.

Die Festsetzungsstelle hat spätestens zwölf Monate nach der Festsetzung zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Weitergewährung der Beihilfe weiterhin vorliegen.“

b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach den Wörtern „zusätzlich die Entlassungsanzeige und“ die Wörter „auf Verlangen der Festsetzungsstelle“ eingefügt.

c) Absatz 8 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Auf die Mindestbetragsregelung nach Satz 1 kann die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der fachaufsichtsführenden Stelle verzichten.“

47. § 54 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „eines Jahres“ durch die Wörter „von drei Jahren“ ersetzt.
- b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegeleistungen“ die Wörter „nach § 38a Absatz 3“ eingefügt.
- c) In Satz 3 werden jeweils die Wörter „Träger der Kriegsopferversorge“ durch die Wörter „Träger der sozialen Entschädigung“ ersetzt.

48. In § 55 werden die Wörter „des Beihilfeantrags“ durch die Wörter „von Beihilfeangelegenheiten“ ersetzt.

49. In § 56 Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Übertragung“ durch das Wort „Regelung“ ersetzt.

50. § 58 Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 bis 6 ersetzt:

„(4) § 11 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die zum Behandlungsdatum ihren gewöhnlichen Aufenthalt spätestens seit dem 1. Januar 2021 ununterbrochen im Vereinigten Königreich hatten.

(5) Aufwendungen für Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal entsprechend § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, um die notwendige Versorgung des Pflegebedürftigen zu gewährleisten, sind bis zum 31. Dezember 2025 beihilfefähig.

(6) Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, deren Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung oder nach einem Gesetz, das das Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung ganz oder teilweise für anwendbar erklärt, bestandskräftig festgestellt sind, gelten die Vorschriften des § 8 Absatz 4 Satz 4 Nummer 1, des § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1, des § 38a Absatz 5, des § 47 Absatz 2 Satz 2 und des § 54 Absatz 1 Satz 3 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter. Satz 1 gilt auch für ab 1. Januar 2024 entstehende Ansprüche nach dem Soldatenversorgungsgesetz in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz.“

51. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „(zu § 6 Absatz 2)“ durch die Wörter „(zu § 6 Absatz 4 Satz 2)“ ersetzt.

b) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2.7 werden nach dem Wort „Bruchheilung“ die Wörter „von Eingeweiden (Hernien)“ eingefügt.

bb) Nummer 3.3 wird aufgehoben.

cc) Nummer 3.4 wird Nummer 3.3.

dd) Nummer 13.1 wird aufgehoben.

ee) Nach Nummer 15.1 wird folgende Nummer 16.1 eingefügt:

„16.1 Photobiomodulation (PBM) bei trockener altersbedingter Makuladegeneration (AMD)“.

ff) Die bisherigen Nummern 16.1 bis 16.4 werden die Nummern 16.2 bis 16.5.

gg) Nach Nummer 22.2 wird folgende Nummer 22.3 eingefügt:

„22.3 visuelle Restitutionstherapie“.

c) Abschnitt 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 eingefügt:

„8. Modifizierte Eigenblutbehandlung

a) Zahnheilkunde

Aufwendungen für eine Behandlung mit autologen Thrombozytenkonzentraten wie plättchenreiches Plasma (PRP) und

plättchenreiches Fibrin (PRF) sind nur beihilfefähig nach Extraktion eines Zahnes oder mehrerer Zähne

aa) zum Volumenerhalt des Knochens beispielsweise Alveolarfortsatzes (postextraktioneller, zum Beispiel präimplantologisch indizierter Kieferkammerhalt; Socket/Ridge Preservation) oder

bb) zur Verbesserung der Alveolenheilung und Reduktion des Alveolitis-Risikos (PRF als solide PRF-Plug-Matrix) insbesondere im Rahmen einer operativen Weisheitszahnentfernung.

b) Augenheilkunde

Aufwendungen für eine Behandlung mit autologen Serumaugentropfen aus Eigenblut als Tränenersatzstoff sind nur beihilfefähig bei einer trockenen Glandulae tarsales (Meibom-Drüsen-Dysfunktion, Sicca-Syndrom, Keratokonjunktivitis sicca etc.).“

bb) Die bisherigen Nummern 8 bis 12 werden die Nummern 9 bis 13.

52. In Anlage 2 werden in der Überschrift die Wörter „(zu § 6 Absatz 3 Satz 4)“ durch die Wörter „(zu § 6 Absatz 5 Satz 4)“ ersetzt.

53. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. Abweichend von Nummer 1 dürfen Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie bei Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, sowohl von Personen nach Nummer 1 als auch von Personen nach Nummer 2 erbracht werden.“

bb) Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5.

b) Abschnitt 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. Abweichend von Nummer 1 dürfen Leistungen der Verhaltenstherapie bei Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, sowohl von Personen nach Nummer 1 als auch von Personen nach Nummer 2 erbracht werden.“

bb) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.

54. Die Anlagen 4 bis 6 werden aufgehoben.

55. Anlage 9 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 1 wird wie folgt gefasst:

„Abschnitt 1

Leistungsverzeichnis

Vorbemerkungen: Wenn im Leistungsverzeichnis ein Richtwert angegeben ist, ist die jeweilige Therapiemaßnahme einschließlich ihrer Vor- und Nachbereitung sowie ihrer Dokumentation innerhalb des durch den Richtwert angegebenen Zeitrahmens durchzuführen. Der Richtwert darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Einige Therapiemaßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. Der Zeitrahmen für die Nachruhe beträgt 20 bis 25 Minuten.

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,60
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	7,50
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
	b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	27,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten	44,20
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen	55,20

	Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	
7	Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	12,50
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,70
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	33,40
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	19,20
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	12,90
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,00
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,20

	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,60
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	52,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
Bereich Massagen		
18	Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,30
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	21,50
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe,	31,70

	Richtwert: 15 bis 20 Minuten	
Bereich Palliativversorgung		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten	13,60
23	Warmpackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Teilpackung	36,20
	c) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
26	Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
27	Sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	Guss	
	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30	An- oder absteigendes Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	

	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe)	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
		25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30
	b) Vollbad	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90
	b) Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	
		43,30
36	Medizinische Bäder mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
37	Gashaltige Bäder	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,10
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.	
Bereich Kälte- und Wärmebehandlung		

39	Kältetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten	12,90
40	Wärmetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mittels Heißluft, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80
Bereich Elektrotherapie		
42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	17,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00
Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 60 Minuten	111,20
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig,	55,60

	Richtwert: 30 Minuten	
49	Bericht an die verordnende Person	6,20
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	49,40
	b) Richtwert: 45 Minuten	68,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	86,50
52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Bereich Ergotherapie		
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	45,20
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	60,90
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	76,20
55	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	135,60
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60

	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40
56	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	35,90
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	48,70
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	60,30
57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	16,50
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	39,30
58	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,10
59	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten	152,40
60	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	39,40
61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40
Bereich Podologie		

62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20
64	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
65	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer Richtwert: 20 Minuten	21,90
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	96,40
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	52,80
69	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	48,30
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
72	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
73	Behandlungsabschluss, ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
Bereich Ernährungstherapie		
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 30 Minuten	38,70
75	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 60 Minuten	77,40
76	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen,	63,40

	Richtwert: 60 Minuten	
77	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
78	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
80	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
81	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
82	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20
Bereich Sonstiges		
83	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	22,40
84	Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal	14,70
85	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Leistungen nach Nummer 55 Buchstabe a bis c, Nummer 59 oder Nummer 80 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nummern 83 und 84 sind daneben nicht beihilfefähig.	22,40
86	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40“.

b) Dem Abschnitt 2 Nummer 1 Buchstabe d wird folgender Doppelbuchstabe dd angefügt:

„dd) Knorpelschaden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage),“.

- c) Der Überschrift des Abschnitts 3 werden ein Komma und die Wörter „**Medizinische Trainingstherapie**“ angefügt.
56. In Anlage 10 Nummer 2 werden die Wörter „**Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie**“ durch die Wörter „**Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie**“ ersetzt.
57. Anlage 11 wird wie folgt geändert:
- a) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 1.6 wird aufgehoben.
- bb) Nach Nummer 2.13 wird folgende Nummer 2.14 eingefügt:
- „**2.14 Blutdruckmessgerät**“.
- cc) Die bisherigen Nummern 2.14 bis 2.18 werden die Nummern 2.15 bis 2.19.
- dd) In Nummer 3.3 werden die Wörter „**(bei dysarthrischen Sprechstörungen)**“ durch die Wörter „**bei Sprech- oder Sprachstörungen**“ ersetzt.
- ee) In Nummer 5.4 wird das Wort „**Elektroscooter**“ durch das Wort „**Elektromobil**“ ersetzt.
- ff) Der Nummer 6.1 wird folgende Nummer 6.1 vorangestellt:
- „**6.1 Farberkennungsgerät**“.
- gg) Die bisherigen Nummern 6.1 bis 6.6 werden die Nummern 6.2 bis 6.7.
- hh) In Nummer 7.6 werden die Wörter „**Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus**“ durch die Wörter „**Personen mit einer behandlungsbedürftigen Stoffwechselerkrankung wie einem behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus**“ ersetzt.
- ii) In Nummer 7.11 werden nach dem Wort „**Gummi hose**“ die Wörter „**sowie saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen)**“ eingefügt.
- jj) In Nummer 8.8 wird das Wort „**Taubheit**“ durch das Wort „**Gehörlosigkeit**“ ersetzt.
- kk) In Nummer 11.21 werden nach dem Wort „**Krankenfahrstuhl**“ die Wörter „**(auch elektrisch)**“ eingefügt.
- ll) Nach Nummer 19.1 wird folgende Nummer 19.2 eingefügt:
- „**19.2 Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist ausgeschlossen)**“.
- mm) Die bisherigen Nummern 19.2 bis 19.25 werden die Nummern 19.3 bis 19.26.
- nn) In Nummer 22.2 wird das Wort „**Taubheit**“ durch das Wort „**Gehörlosigkeit**“ ersetzt.

- b) Abschnitt 3 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt geändert:
- aa) In Doppelbuchstabe aa wird die Angabe „63,50 Euro“ durch die Angabe „85 Euro“ ersetzt.
 - bb) In Doppelbuchstabe bb wird die Angabe „50,48 Euro“ durch die Angabe „68 Euro“ ersetzt.
 - cc) In Doppelbuchstabe cc wird nach dem Wort „Beförderungsmittels“ das Komma durch einen Punkt ersetzt.
 - dd) Doppelbuchstabe dd wird aufgehoben.
- c) Abschnitt 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Unterabschnitt 2 Nummer 3 Buchstabe j und l wird jeweils die Angabe „Nummer 5“ durch die Angabe „Nummer 4“ ersetzt.
 - bb) Unterabschnitt 3 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:
 - „3. Beihilfefähig sind
 - a) bei Vorliegen einer Indikation nach Nummer 1 zusätzlich Aufwendungen für Brillengläser nach Unterabschnitt 2 ungeachtet von Unterabschnitt 1 Nummer 2,
 - b) bei Nichtvorliegen einer Indikation nach Nummer 1 einmalig nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser; im Falle einer Ersatzbeschaffung gelten die Regelungen nach Unterabschnitt 1 Nummer 2 Buchstabe a und b.“
 - bbb) Nummer 4 Buchstabe d bis f wird durch die folgenden Buchstaben d bis g ersetzt:
 - „d) multifokale Kontaktlinsen oder Mehrstärkenkontaktlinsen,
 - e) Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern,
 - f) orthokeratologische Kontaktlinsen (Nachtlinsen) zur Korrektur von Fehlsichtigkeit im Schlaf,
 - g) Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.“

58. Anlage 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 6 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 3“ ersetzt.
- b) Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 2.13 wird aufgehoben.
 - bb) Nummer 5.11 wird aufgehoben.
 - cc) Nummer 11.8 wird wie folgt gefasst:

„11.8 Krankenunterlagen (saugende Bettschutzeinlagen), es sei denn,

- a) sie sind zur Sicherung der Behandlung einer Krankheit bei Harn- oder Stuhlinkontinenz erforderlich oder
- b) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht.“

59. Anlage 14 erhält die aus dem Anhang 1 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

60. Anlage 14a wird aufgehoben.

61. Anlage 15 erhält die aus dem Anhang 2 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Weitere Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Die Bundesbeihilfeverordnung, die zuletzt durch Artikel 1 dieser Verordnung geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 8 Absatz 4 Satz 4 Nummer 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „oder Leistungen nach Kapitel 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes“ eingefügt.
2. In § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „oder Leistungsansprüche nach Kapitel 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes“ eingefügt.
3. § 38a Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch nach den §§ 74 bis 76 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 17 Absatz 1 des Soldatenentschädigungsgesetzes besteht.“
4. § 39 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In den Sätzen 1 und 4 werden jeweils die Wörter „der Antragstellung“ durch die Wörter „dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen“ ersetzt.
 - b) Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:

„4. die unter § 2 Absatz 2 des Einkommenssteuergesetzes fallenden Einkünfte der beihilfeberechtigten Person aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit und“.
 - bb) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.
 - c) In Satz 5 wird das Wort „Antragstellung“ durch die Wörter „dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen“ ersetzt.

5. In § 47 Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch“ die Wörter „oder Ausgleiche für gesundheitliche Schädigungsfolgen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz“ eingefügt.

Artikel 3

Weitere Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Die Bundesbeihilfeverordnung, die zuletzt durch Artikel 2 dieser Verordnung geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 38c wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 39“ durch die Wörter „den §§ 39 und 42a“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 und 4 wird jeweils die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt.
2. In § 38e wird die Angabe „§ 42“ durch die Wörter „den §§ 42 und 42a“ ersetzt.
3. Dem § 58 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich 30. Juni 2025 ausgezahlte Beihilfeleistungen nach § 38c Absatz 1 und § 38e werden auf die Beihilfeleistungen des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 38c Absatz 1 und § 38e in Verbindung mit den §§ 39, 42 und 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.“

Artikel 4

Änderung der Heilverfahrensverordnung

Die Heilverfahrensverordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2349), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 4. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 179) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „§ 23 Absatz 2 Satz 1“ durch die Wörter „§ 23 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.
2. In § 9 Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „ohne Abzug von Eigenbehalten“ gestrichen.
3. In § 11 Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „pro Stunde bis zur Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro,“ durch die Wörter „entsprechend § 28 Absatz 1 Satz 1 der Bundesbeihilfeverordnung“ ersetzt.

Artikel 5

Inkrafttreten

- (1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. April 2024 in Kraft.
- (2) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2025 in Kraft.
- (3) Artikel 3 tritt am 1. Juli 2025 in Kraft.

Anhang 1

(zu Artikel 1 Nummer 59)

Anlage 14

(zu § 41 Absatz 3)

Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko

Abschnitt 1

Universitäre Zentren

Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko nach § 41 Absatz 3 sind beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der folgenden im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) zusammengeschlossenen universitären Zentren durchgeführt werden:

1. Berlin

Charité – Universitätszentrum Berlin, Brustzentrum

2. Dresden

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

3. Düsseldorf

Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum

4. Erlangen

Universitätsklinikum Erlangen

Familiäres Brust- und Eierstockkrebszentrum

5. Frankfurt

Universitätsklinikum Frankfurt

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

6. Freiburg

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Freiburg

7. Göttingen

Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum

8. Greifswald

Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Greifswald

9. Halle

Universitätsklinikum Halle, Klinik und Poliklinik für Gynäkologie

10. Hamburg

Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

11. Hannover

Institut für Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover

12. Heidelberg

Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg

13. Kiel

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

14. Köln

Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

15. Leipzig

Institut für Humangenetik der Universität Leipzig

Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs

16. Lübeck

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

17. Mainz

Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsmedizin Mainz, Institut für Humangenetik und Klinik für Frauengesundheit

18. München

Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München-Großhadern

Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar

19. Münster

Institut für Humangenetik der Universität Münster

20. Regensburg

Institut für Humangenetik, Universität Regensburg

21. Tübingen

Universität Tübingen, Institut für Humangenetik

22. Ulm

Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm

23. Würzburg

Institut für Humangenetik der Universität Würzburg.

Abschnitt 2

Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogrammes

Beihilfefähig sind Aufwendungen für die Maßnahmen des Früherkennungsprogrammes in Höhe der nachstehenden Pauschalen:

1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung

- a) 900 Euro pro Familie für eine einmalige Risikofeststellung mit einer Aufklärung sowie einer interdisziplinären Erstberatung, einer Stammbaumerfassung und der Mitteilung des Genbefundes; die Pauschale umfasst auch die Beratung weiterer Familienmitglieder,
- b) bei Aufklärung zur diagnostischen genetischen Untersuchung durch einen Kooperationspartner der in Abschnitt 1 dieser Anlage genannten Zentren
 - aa) 400 Euro, sofern keine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum mehr erfolgt, oder
 - bb) 600 Euro, sofern noch eine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum erfolgt,
- c) 113 Euro einmalig für ein Entscheidungscoaching für BRCA1/2-Mutationsträgerinnen durch spezialisiert Pflegendende.

2. Genetische Untersuchung

- a) 3 500 Euro für eine genetische Untersuchung bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall); die genetische Analyse wird bei den Indexfällen durchgeführt; dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Person zugerechnet werden,
- b) 250 Euro für einen prädiktiven Gentest; ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexperson mehr ableiten lassen, die genetische Analyse also keinen diagnostischen Charakter hat; eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche oder elektronische ärztliche Stellungnahme zu attestieren; die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden genetischen Analyse der Indexperson werden der gesunden ratsuchenden Person zugerechnet, oder

- c) sofern ratsuchende Personen bis zum Jahr 2015 getestet wurden,
 - aa) 2 600 Euro bei einer erneuten Genpanel-Untersuchung zur Komplettierung der Indextestung oder
 - bb) 920 Euro für eine bioinformatrische Auswertung bei Vorliegen von Daten aus einer Komplementärdiagnostik.

Aufwendungen nach Nummer 2 Buchstabe a bis c sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

- 3. Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen
 - a) 672,80 Euro jährlich für intensivierete Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen oder
 - b) einmalig 672,80 Euro, sofern wegen des Wegfalls des erhöhten Risikos bei Nichterkrankten die intensivierete Früherkennung beendet wird und im entsprechenden Kalenderjahr noch keine Pauschale nach Buchstabe a erstattet wurde.

Anhang 2

(zu Artikel 1 Nummer 61)

Anlage 15

(zu § 41 Absatz 4)

Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

Abschnitt 1

Universitäre Zentren

Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko nach § 41 Absatz 4 sind beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der folgenden im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs (Hereditäres Nicht-Polypöses Colorektales Carcinom – HNPCC) zusammengesetzten universitären Zentren durchgeführt werden:

1. Berlin

Gastroenterologie, Rheumatologie und Infektiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte

2. Bochum

Medizinische Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Knappschaftskrankenhaus

3. Bonn

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Bonn, Biomedizinisches Zentrum

4. Dresden

Institut für Klinische Genetik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden,
Abteilung Chirurgische Forschung

5. Düsseldorf

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Düsseldorf

6. Halle (Saale)

Universitätsklinikum Halle (Saale)

7. Hamburg

II. Medizinische Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg

8. Hannover

Institut für Humangenetik der Medizinischen Hochschule Hannover

9. Heidelberg

Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg, Abteilung für Ange-
wandte Tumorbologie

10. Leipzig

Klinik und Poliklinik für Onkologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Pneumologie und
Infektiologie des Universitätsklinikums Leipzig

11. Lübeck

Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

12. Magdeburg

Medizinische Fakultät der Universitätsklinik für Gastroenterologie, Hepatologie und In-
fektologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

13. München

Medizinische Klinik und Poliklinik IV der Ludwig-Maximilians-Universität München,
Campus Innenstadt

Medizinisch-Genetisches Zentrum

14. Münster

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Münster

15. Tübingen

Institut für Medizinische Genetik und angewandte Genomik des Universitätsklinikums
Tübingen

16. Ulm

Klinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Ulm.

Abschnitt 2

Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogrammes

Beihilfefähig sind Aufwendungen für die Maßnahmen des Früherkennungsprogrammes in Höhe der nachstehenden Pauschalen:

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

- a) einmalig 600 Euro für die erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung unter der Voraussetzung, dass die revidierten Bethesda-Kriterien in der Familie der ratsuchenden Person erfüllt sind,
- b) 300 Euro für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom bekannt ist.

2. Tumorgewebsdiagnostik

500 Euro für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe; ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig.

3. Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)

- a) 3 500 Euro für eine genetische Analyse zur Mutationssuche auf eine bis dahin in der Familie nicht identifizierte Keimbahnmutation bei einer an Darmkrebs erkrankten Person (Indexfall) oder bei Vorliegen der Voraussetzungen bei einer ratsuchenden Person (Verdachtsfall), wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen,
- b) 350 Euro für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation.

4. Früherkennungsmaßnahmen

540 Euro für eine jährliche endoskopische Untersuchung des Magendarmtraktes einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien unter den Voraussetzungen, dass ein Lynch- oder ein Polyposis-Syndrom vorliegt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Verordnung dient der Beibehaltung der sozialen Symmetrie zwischen den beihilfeberechtigten Personen und den Mitgliedern der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung insbesondere durch die wirkungsgleiche Übertragung der durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299), dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) und dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vom 19. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155) erfolgten Änderungen und der Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) vom 20. November 2020 (BAnz AT 17.02.2021 B1). Gleichzeitig wird dem Änderungsbedarf Rechnung getragen, der sich aus der praktischen Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) und aus der Rechtsprechung ergeben hat.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Der Verordnungsentwurf sieht vor, Leistungsveränderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung wirkungsgleich in das Beihilferecht des Bundes zu übertragen und er trägt dem Änderungsbedarf Rechnung, der sich bei der praktischen Anwendung der BBhV ergeben hat.

Einzelne Änderungen sind u. a.:

- die Kodifizierung aller ergangenen Vorgriffregelungen,
- die Aufnahme von Digitalen Gesundheitsanwendungen und Digitalen Pflegeanwendungen,
- die wirkungsgleiche Übertragung der außerklinischen Intensivpflege und
- Herbeiführung von Verfahrenserleichterungen, wie etwa der Wegfall des Gutachterverfahrens im Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen oder die Schaffung eines Dauerwaltungsaktes im Bereich der wiederkehrenden Pflegeaufwendungen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Regelungskompetenz

Die Ermächtigung zur Verordnung ergibt sich aus § 80 Absatz 6 des Bundesbeamtengesetzes (BBG).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Entwurf der Verordnung ist mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Regelungsfolgen

Der Entwurf hat keine Auswirkungen auf andere Gesetze.

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Verweis auf die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 22, die Schaffung eines Dauerverwaltungsaktes im Bereich wiederkehrender Pflegeaufwendungen in § 51 Absatz 2 Satz 4, der Verzicht auf eine obligatorische Unterlagenvorlage in § 51 Absatz 3, der Verzicht auf die Antragsgrenze in § 51 Absatz 8 und die Ausdehnung der Antragsfrist in § 54 dient der Verwaltungsvereinfachung. Durch Wegfall beziehungsweise Ausweitung von Zustimmungsvoraussetzungen und der Verringerung von Gutachterverfahren reduziert sich der Aufwand der Festsetzungsstellen.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Entwurf steht im Einklang mit der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Mit der Fortentwicklung des Beihilferechts des Bundes wird das bewährte duale Gesundheitssystem in Deutschland gestärkt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die Daten sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst:

Geänderte Vorschrift	Ausgaben
Wirkungsgleiche Übernahme der Neuregelung der Psychotherapie-Richtlinie; insbesondere Aufnahme Gruppentherapie (§ 18)	Diese Regelung führt zu keinen nennenswerten Mehrausgaben.
Möglicher Wegfall des Gutachterverfahrens im Bereich Psychotherapie (§ 18a Absatz 5)	jährlich 165 300 Euro Minderausgaben
Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge für eine Familien- und Hauspflegekraft (§ 28 Absatz 1)	jährlich 8 300 Euro Mehrausgaben
Wegfall des Gutachterverfahrens im Bereich Rehabilitationsmaßnahmen (§ 36)	jährlich 319 000 Euro Minderausgaben
Beihilfefähigkeit Digitaler Pflegeanwendungen (§ 38g)	Kann erst bestimmt werden, wenn Digitale Pflegeaufwendungen zur Verfügung stehen. Es wird jedoch von marginalen Mehrkosten ausgegangen.
Wirkungsgleiche Übernahme des § 42a SGB XI - Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 38c)	Diese neue Regelung ist insgesamt kostenneutral.

Öffnung der Regelung zur künstlichen Befruchtung (§ 43 Absatz 1)	jährlich 10 000 Euro Mehrausgaben
Einführung Altersgrenze Kryokonservierung (§ 43 Absatz 7)	jährlich 14 000 Euro Minderausgaben
Anpassung der Höchstbeträge für Heilmittel (Anlage 9)	jährlich 6 520 000 Euro Mehrausgaben

Die Mehrausgaben für den Bundeshaushalt werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne kompensiert.

4. Erfüllungsaufwand

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entsteht durch die Verordnung kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Vielmehr werden die beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen durch die Verfahrensvereinfachungen entlastet.

Im Einzelnen ergibt sich folgender Erfüllungsaufwand für beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen des Bundes:

Vorschrift	Mehr-/Minderaufwand	Aufwand pro Fall in Minuten	Fallzahl	Jährlicher Aufwand für Bürgerinnen und Bürger in Stunden
§ 51 Absatz 2 (Dauerverwaltungsakt im Bereich der wiederkehrenden Pflegeaufwendungen)	Wegfall der jährlichen Antragstellung	-45	22 222	-16 667
§ 51 Absatz 3 (Vorlegen der Wahlleistungsvereinbarung nur noch auf Verlangen der Festsetzungsstelle)	Reduzierung von vorzulegenden Unterlagen/Nachreichung	-15	83 333	-20 833
§ 54 Absatz 1 (Erhöhung der Antragsfrist auf 3 Jahre)	Verringerung von Beschwerden und Widersprüchen	-50	556	-463

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Der Wirtschaft entsteht durch die Verordnung kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Im Einzelnen ergibt sich folgender Erfüllungsaufwand für die Verwaltung des Bundes:

Vorschrift	Mehr-/Min- deraufwand	Aufwand pro Fall in Minu- ten	Fall- zahl	Personal- kosten in Euro pro Stunde	Jährli- cher Aufwand der Ver- waltung in Euro	Einmali- ger Auf- wand der Ver- waltung in Euro
§ 22 Absatz 1 und 2 (Verweis auf die GBA AM-RL; Weg- fall der Anlagen 4 bis 6)	Anpassung der Beihilfe- programme					1 000
§ 43 Absatz 7 (Wegfall der Zu- stimmungsrege- lung für oberste Dienstbehörden und die Einverneh- mensregelung mit dem BMI bei Kryo- konservierung)	Verfahrens- vereinfach- ung	-90	111	36,87 (gehobe- ner Dienst A11)	-6 139	
§ 51 Absatz 2 (Dauerverwal- tungsakt im Be- reich der wieder- kehrenden Pflege- aufwendungen)	Verfahrens- vereinfach- ung	-30	22 222	31,70 (mittlerer Dienst Bund)	-352 219	
§ 51 Absatz 3 (Vorlegen der Wahlleistungsver- einbarung nur noch auf Verlan- gen der Festset- zungsstelle)	Verfahrens- vereinfach- ung	-10	83 333	31,70 (mittlerer Dienst Bund)	-440 276	
§ 51 Absatz 8 (Möglicher Ver- zicht auf Antrags- grenze)	Verfahrens- vereinfach- ung	-5	55 556	31,70 (mittlerer Dienst Bund)	-146 760	
§ 54 Absatz 1 (Erhöhung der An- tragsfrist auf 3 Jahre)	Verfahrens- vereinfach- ung, Ver- ringerung von Be- schwerden	-30	556	36,87 (gehobe- ner Dienst A11)	-10 249	

Anlage 9 (Anpassung des Leistungsverzeich- nisses für Heilmit- tel)	Anpassung der Beihilfe- programme					1 000
---------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	--	--	--	--	-------

Der auf den Bundeshaushalt entfallende Erfüllungsaufwand wird mit den vorhandenen Personal- und Sachmitteln innerhalb der Einzelpläne abgedeckt.

Es entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für Länder und Kommunen, da sich die Regelungen ausschließlich auf das Beihilferecht des Bundes auswirken.

5. Weitere Kosten

Weitere Kosten entstehen nicht.

Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau sind nicht zu erwarten.

6. Weitere Regelungsfolgen

Weitere Kosten entstehen nicht.

Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau sind nicht zu erwarten.

Der Entwurf ist im Hinblick auf die Gleichberechtigung von Männern und Frauen neutral gehalten. Männer und Frauen sind von den Regelungen in gleicher Weise betroffen.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Regelungen im Beihilferecht des Bundes sind nach § 80 Absatz 6 BBG in Anlehnung an das Recht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu gestalten. Die dortigen Regelungen unterliegen weder der Befristung noch der Evaluation. Deshalb kommen auch die Befristung oder Evaluation der entsprechenden beihilferechtlichen Regelungen grundsätzlich nicht in Betracht.

Die Auswirkungen der Regelung unterliegen indes der ständigen Kontrolle, um eine den Fürsorgeerfordernissen entsprechende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung der Bundesbeihilfeverordnung)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 8

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 16

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 19

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 21

Zu Buchstabe e

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 31

Zu Buchstabe f

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 32

Zu Buchstabe g

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 51

Zu Buchstabe h

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 52

Zu Buchstabe i

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 54

Zu Buchstabe j

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 59

Zu Buchstabe k

Redaktionelle Folgeänderungen zu Nummer 61

Zu Nummer 2

Auflösung einer Konkurrenzsituation, wonach bei zwei aktiven Dienstverhältnissen zwei nebeneinanderstehende Beihilfeansprüche möglich sind.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Aus Gründen der besonderen Fürsorge nach den §§ 15 und 16 GAD müssen auch Beihilfevorschriften den besonderen Verhältnissen im Ausland Rechnung tragen. Insbesondere haben sich bei mitausreisenden Partnerinnen und Partnern (MAP) rechtliche Lücken gezeigt, die unzumutbare finanzielle Risiken verursachen. Diese Risiken beeinträchtigen die Versetzungsbereitschaft der Beschäftigten und müssen deshalb verordnungsrechtlich geschlossen werden.

Wie bisher folgt der Begriff der „ausländischen Einkünfte“ gemäß Nummer 1 nicht der einkommensteuerrechtlichen Abgrenzung, sondern ist beihilferechtlich zu verstehen. Einkünfte werden beihilferechtlich als „ausländisch“ gewertet, sofern die erwerbstätige Person

im Ausland tätig geworden ist. Dies gilt auch, wenn die Leistung wirtschaftlich im Inland verwertet wird.

Zu Nummer 2

Der Wechsel vom Inland ins Ausland regelmäßig zur Mitte des Jahres kann im Ausreisejahr bei die die Einkommensgrenze übersteigenden Einkünften der mitausreisenden Partnerin oder des mitausreisenden Partners zu der Situation führen, dass Aufwendungen, die nach dem Eintreffen am Auslandsdienstort entstehen, erst im Folgejahr berücksichtigungsfähig sind.

Nach Nummer 6.2.1 der BBhVVwV ist die Antragstellung der maßgebliche Zeitpunkt für die Prüfung der Beihilfefähigkeit, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt die Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Partnerinnen und Partner entstanden sind. Aufgrund dieser Regelung kann Beihilfe für Aufwendungen, die schon im Ausreisejahr angefallen sind, erst im Folgejahr beantragt werden. Dieses Vorgehen scheidet jedoch bei plötzlich auftretenden, schweren Erkrankungen oder Unfällen mit hohen Kosten aus. Das damit einhergehende finanzielle Risiko ist ebenso wenig gerechtfertigt wie der Abschluss einer privaten Zusatzkrankenversicherung für den kurzen Zeitraum bis zur Berücksichtigungsfähigkeit, um das Risiko zu begrenzen.

Hier gebietet die besondere Fürsorgepflicht die Einräumung einer zeitnahen Erstattungsleistung. Bei gleichbleibenden Beihilfeausgaben werden ein hoher Verwaltungsaufwand und zusätzliche Kosten durch gegebenenfalls notwendige besondere Fürsorgeleistungen zur Zwischenfinanzierung (und bei den Beschäftigten die unnötige Vorhaltezeit von Belegen) vermieden.

Dies regelt nunmehr § 6 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2. Da im Jahr der Rückreise die Problematik gleichermaßen auftritt, muss aus Gründen der Rechtssicherheit und der besonderen Fürsorge der Schutz der Beihilfe im Auslandsdienst ebenfalls greifen. Denn auch beim Wechsel vom Ausland ins Inland entsteht unter den bisherigen Regelungen für die mitausreisenden Partnerinnen und Partner ein finanzielles Risiko: Aufwendungen, die am Auslandsdienstort entstanden sind und im Rahmen der Beihilfe erstattet wurden, müssen zurückgefordert werden, sollte die Rückkehr in den Arbeitsmarkt glücken und die Einkommensgrenze erreicht werden. Je nach Preisniveau des Auslandsdienstortes ist damit ein hohes finanzielles Risiko für die mitausreisenden Partnerinnen und Partner verbunden.

Zu Nummer 3

Durch eine immer älter werdende Bevölkerung, die sich auch in den Verwaltungen des Bundes widerspiegelt, reisen vermehrt auch Partnerinnen und Partner, die Renten oder eine Versorgung beziehen, mit zu den ausländischen Dienstorten.

Für diesen Personenkreis kann derzeit ein Auslandseinsatz vor allem in Ländern außerhalb der EU mit hohen Gesundheitskosten an der ungenügenden Absicherung im Krankheitsfall scheitern. Gerade bei hochpreisigen Ländern wie den USA würden die Beschäftigten nach dieser Rechtslage sehr hohe, privat abzusichernde Kosten riskieren. Dabei ist eine private Absicherung nur unverhältnismäßig schwer möglich: Auslandsreisekrankenversicherungen erbringen gemäß den allgemeinen Geschäftsbedingungen bei Auslandswohnsitz keine Leistungen. Der (zusätzliche) Abschluss von privaten Krankenversicherungen ist für lebensältere Menschen, die in der Regel unter Vorerkrankungen leiden, - sofern eine solche überhaupt angeboten wird - unzumutbar teuer. Um eine Gleichbehandlung aller mitausreisenden Partnerinnen und Partner zu gewährleisten, ist auch die Nichtberücksichtigung von Renten- und Versorgungseinkünften auf die Einkommensgrenze geboten. Insoweit wird eine bislang geübte Verwaltungspraxis verordnungsrechtlich in § 6 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 nachvollzogen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Doppelbuchstabe cc

Bis zur Neunten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713; 2021 I 343) hing die Berücksichtigungsfähigkeit von Personen als solche von der Einkommensgrenze ab. Für den Fall, dass zum Zeitpunkt der Aufwendungen eine Berücksichtigungsfähigkeit vorlag, aber zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht mehr, gab es in Nummer 51.3.6 Satz 2 BBhVVwV folgende Vorgabe: „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.“

Eine Änderung der Praxis war durch die Anpassung der §§ 4 und 6 an den gesetzlichen Wortlaut des § 80 Absatz 2 BBG im Rahmen der Neunten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung nicht beabsichtigt. Die oben zitierte Nummer 51.3.6 Satz 2 BBhVVwV ist vom Wortlaut her nicht mehr einschlägig, sodass Zweifel an der bisherigen Sicht geäußert worden sind. Aus Gründen der Rechtssicherheit erfolgt nun die Kodifizierung der bisherigen Praxis.

Zu Buchstabe b

Konkretisierung der Rechtsnorm durch Aufnahme eines Aufwendungsausschlusses, nachdem eigene Aufwendungen für Hardware, Betriebssoftware, Leitungskosten usw. bei der Inanspruchnahme von ansonsten beihilfefähigen Aufwendungen für telemedizinische Leistungen nicht beihilfefähig sind.

Medizinische Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien oder telemedizinische Leistungen sind solche, die ohne eine physische Zusammenkunft von Arzt und Patient erfolgen. Die räumliche Distanz wird über die Anwendung von Telekommunikations- und Informationstechnologien überbrückt. Die BBhV hat keine Beschränkungen dieses seit der Coronapandemie stark wachsenden Weges für medizinische Leistungen. Aus Gründen der Rechtssicherheit wird klargestellt, dass eigene Aufwendungen der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen für die Implementierung telemedizinischer Leistungen ausgeschlossen sind.

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind die zur Nutzung telemedizinischer Maßnahmen wie etwa Telesprechstunden erforderlichen Endgeräte (Smartphone, Tablet, Laptop, Smartwatch, Kamera usw.). Es ist davon auszugehen, dass diese Endgeräte regelmäßig nicht ausschließlich für die Nutzung der telemedizinischen Maßnahme angeschafft und verwendet werden. Der Funktionsumfang wird regelmäßig nicht nur auf die Nutzung der telemedizinischen Maßnahme ausgelegt sein. Es ist davon auszugehen, dass solche Endgeräte im Rahmen der allgemeinen Lebensführung in Haushalten vorhanden sind. Laut Daten des Statistischen Bundesamtes zu „Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien“ vom 20. Januar 2021 hatten zum Stand 2020 in Deutschland 92 Prozent der Haushalte einen Internetanschluss und laut den Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Einkommens- und Verbrauchsstichprobe vom 30. Oktober 2018 hatten zum Stand 1. Januar 2018 81,2 Prozent aller Haushalte einen mobilen PC (Laptop, Notebook, Netbook, Tablet) und 96,7 Prozent aller Haushalte ein Mobiltelefon.

Die anfallenden Kosten für den Strom und Datenverbrauch sind ebenfalls nicht beihilfefähig und werden den allgemeinen Lebenshaltungskosten zugerechnet. Zum einen ist es in der Praxis nahezu ausgeschlossen, den durch die digitale Gesundheitsanwendung erhöhten

Strom und Datenverbrauch gezielt nachweis- und nachprüfbar zu erfassen. Zum anderen dürften die zusätzlichen Kosten für den erhöhten Stromverbrauch sowie den erhöhten Datenverbrauch im Zeitalter von WLAN sowie Flatratetarifen marginal sein.

Medizinisch-technischer Geräte, welche beispielsweise bei der Übertragung von Daten von implantierten Medizinprodukten (z. B. Herzschrittmacher) für die telemedizinische Fernkontrolle oder ausschließlich für die medizinische Behandlung (z. B. Transmitter beim Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz mittels kardialer Aggregate) notwendig sind, sind von dieser Regelung nicht umfasst.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Aufhebung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und des Inkrafttretens des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB XIV) zum 1. Januar 2024.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Aufhebung des BVG und des Inkrafttretens des SGB XIV zum 1. Januar 2024.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b der neunten Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713).

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe c der neunten Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713).

Zu Nummer 7

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b der neunten Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713).

Zu Nummer 8

Zu Überschrift

Redaktionelle Klarstellung

Zu Absatz 1

Nennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen. Es wird darauf hingewiesen, dass psychoanalytisch begründete Verfahren die beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie beinhaltet (vgl. § 19 Absatz 1 und § 16 Absatz 2 der Psychotherapie-Richtlinie).

Die Nennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für probatorische Sitzungen ist redaktioneller Art und dient der Rechtsklarheit.

Zu Absatz 2

Regelung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung in Anlehnung an § 11a der Psychotherapie-Richtlinie.

Zu Absatz 3

Redaktionelle Klarstellung und Zentrierung der bisher in der BBhV nur unvollständig geregelten Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für probatorische Sitzungen, wie etwa § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2.

Übernahme der Änderungen im Bereich des Gruppensettings in Anlehnung an § 12 Absatz 3 der Psychotherapie-Richtlinie.

Zu Absatz 4

Redaktionelle Änderungen und weitere Anpassungen in Anlehnung an § 13 der Psychotherapie-Richtlinie.

Zu Absatz 5

Folgeänderung zu **Nummer 9 Buchstabe c**

Im Vordergrund der Regelung steht die somatische Abklärung vor einer psychotherapeutischen Maßnahme. Wer im Anschluss daran psychotherapeutische Maßnahmen durchführen darf, ist in Anlage 3 geregelt und an dieser Stelle obsolet.

Zu Absatz 6

Redaktionelle Anpassung und Korrektur von fehlerhaften Normverweisen

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Regelung zur wirkungsgleichen Umsetzung des § 28 Absatz 7 der Psychotherapie-Richtlinie, wonach bei hälftiger Regelbehandlungsdauer die Kontingente entsprechend erhöht werden.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 6 (§ 18 Absatz 3)

Zu Buchstabe c

Durch die Einführung einer Experimentierklausel zum Wegfall des Gutachterverfahrens wird die Möglichkeit geschaffen, kosten- und aufwandsminimierend bei gleichzeitig hoher Rechtssicherheit Psychotherapieverfahren zu bewilligen. Die gutachterlichen Anerkennungsquoten liegen zwischen 95 Prozent bei Einzelbehandlungen und 100 Prozent bei Gruppenbehandlungen. Mithin ist davon auszugehen, dass Gutachterverfahren nicht zwingend zur Qualitätssicherung einer ambulanten Psychotherapie beitragen. Den Festsetzungsstellen, die den erforderlichen Sachverstand nicht vorhalten können, bleibt es indes unbenommen, ein Gutachterverfahren durchzuführen.

Zu Buchstabe d

Wirkungsgleiche Regelung entsprechend § 11 Absatz 10 Satz 3 der Psychotherapie-Verordnung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021, in Kraft seit 1. Oktober 2021.

Zu Nummer 10

Homogenisierung des Beihilferechts um eine rechtliche Dopplung mit § 6 Absatz 5 zu vermeiden.

Zu Nummer 11

Homogenisierung des Beihilferechts um eine rechtliche Dopplung mit § 6 Absatz 5 zu vermeiden.

Zu Nummer 12

Zu Buchstabe a

Aufnahme eines Verweises auf Anlage V der AM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 SGB V im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung. Die bisherige Anlage 4 nahm zeitversetzt inhaltlich vollumfänglich auf die Regelung der Anlage V der AM-RL Bezug. Dort neu hinzugekommene und erstattungsfähige Medizinprodukte waren zunächst nicht beihilfefähig, bis das Beihilferecht wieder aktualisiert worden ist. Mit dem Bezug auf Anlage V der AM-RL wird stets wirkungsgleich die aktuelle Rechtslage in den Festsetzungsstellen angewandt. Insoweit wird zum einen der bisherigen, vorübergehenden Schlechterstellung der beihilfeberechtigten Personen entgegengewirkt. Durch die Inbezugnahme können zum anderen informationstechnisch die Tabellen der Anlage V in den Abrechnungssystemen hinterlegt werden, wodurch beihilfespezifischer Verwaltungsaufwand vermieden wird und hierdurch Kosten eingespart werden.

Die Streichung der Schriftform eines Rezepts erfolgt aus Gründen sowohl der Homogenisierung des Rechts wie schon etwa in §§ 23 und 25 geregelt, dem Abbau von Schriftformerfordernissen und nicht zuletzt der rechtlichen Öffnung des Beihilfeverfahrens zur Nutzbarmachung des „E-Rezepts“.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Aufnahme eines Verweises auf Anlage II der AM-RL in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 SGB V im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung. Die bisherige Anlage 5 (Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen) nahm zeitversetzt inhaltlich vollumfänglich auf die Regelung der Anlage II der AM-RL Bezug. Mit dem Bezug

auf Anlage II der AM-RL wird stets wirkungsgleich die aktuelle Rechtslage in den Festsetzungsstellen angewandt. Durch die Inbezugnahme können informationstechnisch die Tabellen der Anlage II in den Abrechnungssystemen hinterlegt werden, wodurch beihilfespezifischer Verwaltungsaufwand vermieden wird und hierdurch Kosten eingespart werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufnahme eines Verweises auf Anlage I der AM-RL in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 SGB V im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung. Die bisherige Anlage 6 nahm zeitversetzt inhaltlich vollumfänglich auf die Regelung der Anlage I der AM-RL Bezug. Dort neu hinzugekommene Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind, waren zunächst bei Ausnahmetatbeständen nicht beihilfefähig, bis das Beihilferecht wieder aktualisiert worden ist. Mit dem Bezug auf Anlage I der AM-RL wird stets wirkungsgleich die aktuelle Rechtslage in den Festsetzungsstellen angewandt. Insoweit wird zum einen der bisherigen, vorübergehenden Schlechterstellung der beihilfeberechtigten Personen entgegengewirkt. Durch die Inbezugnahme können zum anderen informationstechnisch die Tabellen der Anlage I in den Abrechnungssystemen hinterlegt werden, wodurch beihilfespezifischer Verwaltungsaufwand vermieden wird und hierdurch Kosten eingespart werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Übernahme der mit Rundschreiben – D6-30111/1#10 – vom 14. Januar 2021 geschaffenen Vorgriffregelung zu § 22 Absatz 1 (GMBI 2021, S. 126) in Verwaltungsrecht, nach der die wirkungsgleiche Übertragung der Regelung des Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe d des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken vom 9. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2870) umgesetzt wurde. Mit letztgenannter Regelung wurde in § 129 SGB V ein neuer Absatz 5g eingefügt, nach dem Apotheken bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Wege des Botendienstes je Lieferort und Tag einen zusätzlichen Zuschlag in Höhe von 2,50 Euro zuzüglich Umsatzsteuer erheben können.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a

Wirkungsgleiche Übernahme der im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erweiterten Verordnungsbefugnis für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für Ergotherapie zur Sicherung der ärztlichen Versorgung im Bereich der Heilmittel (BANz AT 17. Dezember 2020 B7).

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Buchstabe a

Zu Nummer 14

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b der neunten Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713)

Zu Nummer 15

Zu Buchstabe a

Mit der neuen Formulierung wird klargestellt, dass für die Ersatzbeschaffung eines vor Ablauf von sechs Monaten unbrauchbar gewordenen Hilfsmittel z. B. die Beschädigung der Sehhilfe ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig ist.

Darüber hinaus mussten in der bisherigen Verwaltungspraxis Aufwendungen für den Ersatz eines verloren gegangenen Hilfsmittels, z. B. die Sportbrille eines Kindes, im Wege der teleologischen Extension unter den Begriff des „unbrauchbar gewordenen Gegenstandes“ subsumiert werden. Andernfalls wäre eine Erstattung abzulehnen gewesen. Die Rechtsnorm wurde insoweit – zwar zweckentsprechend – auf Fälle ausgedehnt, die ihrem Wortlaut nicht entsprach. Um nunmehr den Willen des Ordnungsgebers an die Stelle des Auslegers zu rücken und zur Vereinfachung in der Verwaltungspraxis ist die bisherige Regelung um die Gegenstände, die verloren gegangen sind, zu erweitern.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Anhebung der Betragsgrenzen können die Festsetzungsstellen in Einzelfällen bei Aufwendungen von bis zu 600 Euro eigenständig entschieden. Die Anhebung der Betragsgrenzen für das Zustimmungserfordernis der obersten Dienstbehörde und gegebenenfalls das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern und für Heimat dient dem Abbau überflüssiger Verfahrensschritte und führt zu einer Verfahrensbeschleunigung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Nummer 16

Aufwendungen für Digitale Gesundheitsanwendungen lassen sich nicht umfassend unter die bisherigen Begriffsbestimmungen der BBhV für Medizinprodukte oder Hilfsmittel fassen. Es fehlt die rechtssichere Verortung von eventuellen Dienstleistungen im Zusammenhang mit Digitalen Gesundheitsanwendungen. Es ist daher erforderlich eine Regelung für diese neuartigen und speziellen Formen der medizinischen Versorgung zu treffen und sich ergebende Folgefragen klarstellend zu regeln.

Es erfolgt mithin eine wirkungsgleiche Übertragung der Regelung des § 33a SGB V zu den Digitalen Gesundheitsanwendungen unter Berücksichtigung der Regelungen der DiGAV in der Fassung vom 8. April 2020, der DiPAV in der Fassung vom 29. September 2022 sowie der durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gelisteten und im Bundesanzeiger nach § 139e Absatz 1 Satz 3 SGB V bekannt gemachten digitalen Heilmittel in einem neu einzufügenden § 25a BBhV.

Absatz 1 Nummer 1 bis 4 umfassen abschließend den beihilfefähigen Umfang bei digitalen Gesundheitsanwendungen. Absatz 2 Nummer 1 bis 3 umfassen den nicht beihilfefähigen Umfang bei digitalen Gesundheitsanwendungen.

Zu Absatz 1

Der Verwendung von digitalen Gesundheitsanwendungen kommt insgesamt eine therapieunterstützende Funktion zu. Um medizinisch notwendige digitale Gesundheitsanwendungen von Fitness- und anderer Gesundheitssoftware abzugrenzen, wird auf das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zurückgegriffen. Es ist angebracht und auch vom Aufwand vertretbar, auf die Maßgaben, Diagnosen und Voraussetzungen sowie Nutzungs- und Anwendungsdauer nach dem SGB V zu verweisen.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung werden gesonderte Preise für digitale Gesundheitsanwendungen ausgehandelt. Daneben gelten für Selbstzahler abweichende Preise. Im Sinne von § 6 Absatz 3 BBhV ist regelmäßig die Standardversion einer digitalen

Gesundheitsanwendung als angemessen anzusehen. Versionen mit erweitertem Anwendungsumfang beinhalten üblicherweise Komfortfunktionen für den Nutzer, für welche eine medizinische Notwendigkeit regelmäßig zu verneinen ist. In Ausnahmefällen besteht aber die Möglichkeit davon abzuweichen, wenn die Notwendigkeit einer erweiterten Version ärztlicherseits schriftlich begründet wird. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn eine die digitale Gesundheitsanwendung nutzende Person behinderungsbedingte Einschränkungen hat und die Funktionen der erweiterten Version die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erst ermöglichen.

Für einige digitale Gesundheitsanwendungen wird spezielles Zubehör benötigt (zum Beispiel ein Energieband), damit die digitale Gesundheitsanwendung funktioniert. Das Zubehör wird dann ausschließlich für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen benötigt. In diesen Fällen kann eine Beihilfefähigkeit bejaht werden.

Zu Absatz 2 Nummer 1

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind die zur Nutzung der Digitalen Gesundheitsanwendung wie ebenfalls bei telemedizinischen Leistungen erforderlichen Endgeräte (Smartphone, Tablet, Laptop, Smartwatch, etc.). Es ist davon auszugehen, dass diese Endgeräte regelmäßig nicht ausschließlich für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen angeschafft und verwendet werden. Der Funktionsumfang wird regelmäßig nicht nur auf die Nutzung der speziellen digitalen Gesundheitsanwendung ausgelegt sein. Es ist davon auszugehen, dass solche Endgeräte im Rahmen der allgemeinen Lebensführung in Haushalten vorhanden sind. Laut Daten des Statistischen Bundesamtes zu „Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien“ vom 20. Januar 2021 hatten zum Stand 2020 in Deutschland 92 Prozent der Haushalte einen Internetanschluss und laut den Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes zur Einkommens- und Verbrauchsstichprobe vom 30. Oktober 2018 hatten zum Stand 1. Januar 2018 81,2 Prozent aller Haushalte einen mobilen PC (Laptop, Notebook, Netbook, Tablet) und 96,7 Prozent aller Haushalte ein Mobiltelefon.

Zu Absatz 2 Nummer 2

Die anfallenden Kosten für den Strom und Datenverbrauch sind ebenfalls nicht beihilfefähig und werden den allgemeinen Lebenshaltungskosten zugerechnet. Zum einen ist es in der Praxis nahezu ausgeschlossen, den durch die digitale Gesundheitsanwendung erhöhten Strom und Datenverbrauch gezielt nachweis- und nachprüfbar zu erfassen. Zum anderen dürften die zusätzlichen Kosten für den erhöhten Stromverbrauch sowie den erhöhten Datenverbrauch im Zeitalter von WLAN sowie Flatratetarifen marginal sein.

Zu Absatz 2 Nummer 3

Für die Zweit- und Mehrfachbeschaffungen von digitalen Gesundheitsanwendungen zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten besteht keine medizinische Notwendigkeit, da hierfür regelmäßig der Nutzerkomfort im Vordergrund stehen dürfte. Der Ausschluss umfasst auch den Fall, dass eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung gekauft wird, welche Lizenzen zur Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet.

Zu Absatz 2 Nummer 4

In anderen Fällen ist das Zubehör den nicht beihilfefähigen allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen, insbesondere dann, wenn das Zubehör auch ohne die digitale Gesundheitsanwendung genutzt werden kann (zum Beispiel Kopfhörer, digitale Waagen).

Zu Nummer 17

Es erfolgt eine inhaltliche, aber grundsätzlich wirkungsgleiche Neugestaltung der Regelung zu § 26 Absatz Satz 1 Nummer 5 Buchstabe b BBhV.

Nach der bisherigen Regelung musste ein verwaltungsintensiver Prüfaufwand zur Ermittlung zu den reinen Kosten der Zweibettzimmer ohne Komfortleistungen der jeweiligen Abteilung betrieben werden.

Auf Grund der inzwischen unübersichtlichen Ausstattungs- und Variantenvielfalt von Zweibett-Unterkünften in Krankenhäusern in Kombination mit teilweise gestaffelten Preisen erwiesen sich insbesondere die Ermittlung der nicht beihilfefähigen Komfortleistungen als zunehmend administrative Herausforderung.

Auch die beihilfeberechtigten Personen können bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung nicht überblicken, welche Kosten für die Wahlleistung Unterkunft von der Beihilfe erstattet werden.

Die bisherige Regelung führt ferner zu Irritationen im Rahmen der Direktabrechnung, da für die beteiligten Krankenhäuser nicht transparent ist, welche Kosten von der Beihilfe erstattet werden.

Insoweit ist es notwendig, die beihilferechtliche Höchstgrenze von Aufwendungen für die Wahlleistung „Unterkunft“ in zugelassenen Krankenhäusern (§ 26) inhaltlich wirkungsähnlich in Anlehnung an die Regelung in § 26a Absatz 1 Nummer 3 noch weiter zu vereinfachen, um die Handhabung im Verwaltungsvollzug, aber auch eine bessere Nachvollziehbarkeit der beihilfefähigen Aufwendungen durch beihilfeberechtigte Personen und Dritte zu erreichen.

Basis der Berechnung ist der tägliche Durchschnittsbetrag für ein Zweibettzimmer ohne Komfortleistungen in Deutschland (Quelle: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/landesbasisfallwerte.html> i. V. m. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/KH_BBFW_2023.pdf, derzeit 4 000,71 Euro für den Vereinbarungszeitraum 2023).

Im Interesse einer kostenneutralen Normänderung zur beihilferechtlichen Höchstgrenze von Aufwendungen für die Wahlleistung „Unterkunft“ in zugelassenen Krankenhäusern wird zugleich der bisherige Abzugsbetrag in Höhe von 14,50 Euro täglich eingepreist. Dies ergibt 1,1309390184 Prozent, aufgerundet 1,2 Prozent. Der Prozentsatz ist durch die jährliche Anpassung des bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridors dynamisiert.

Zu Nummer 18

Zu Buchstabe a

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt in einer privaten Klinik wird im 1. Quartal eines Jahres bei anschließender Beihilfeantragstellung der Bundesbasisfallwertes (BBFW) aus dem Vorjahr für die erforderliche Kostenvergleichsberechnung herangezogen. Vor dem Hintergrund des umfangreichen Prozesses der Festlegung des BBFW steht dieser grundsätzlich erst ab dem 1. April eines jeden Jahres zur Verfügung.

Daher erfolgt eine Konkretisierung des der Höchstbetragsberechnung zu Grunde zu legenden Basisfallwertes.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Nummer 17

Zu Nummer 19

Wirkungsgleiche Übertragung der Regelung des § 39e Absatz 1 Satz 1 bis 3 SGB V und Übernahme der Vorgriffregelung gemäß Rundschreiben – D6-30111/22#3 – vom 3. Dezember 2021. Die Übergangspflege ist ein Surrogat für eine im Anschluss an die Krankenhausbehandlung nicht mögliche originäre Maßnahme der häuslichen Krankenpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch. Es handelt sich bei der Übergangspflege daher nicht um die Fortführung der Krankenhausbehandlung, sondern um Pflege an anderer Stelle, hier im Krankenhaus. Pflegeleistungen sind immanent, dass sie Höchstgrenzen der Erstattbarkeit wie etwa bei § 27 Absatz 1 Satz 2 oder gar nur Teilerstattungen wie in der Kurzzeitpflege nach § 38e kennen. Um diese Systematik abzubilden, aber auch um eine Besserstellung gegenüber denjenigen, die die erforderlichen Maßnahmen sofort in Anspruch nehmen, zu vermeiden, ist der Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Unterkunft notwendig.

Zu Nummer 20

Wirkungsgleiche Umsetzung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Verordnungsbefugnis von Psychotherapeuten für psychiatrische häusliche Krankenpflege vom 17. September 2020 (BAnz AT 4. Dezember 2020 B3).

Darüber hinaus wird in Absatz 1 mit dem neuen Satz 4 die Regelung des durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz vom 19. Juni 2023 (BGBl. I 2023 Nr. 155) eingefügten § 132a Absatz 4 Satz 8 SGB V wirkungsgleich umgesetzt. Dieser sieht vor, dass bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern § 82c Absatz 2 Satz 1 SGB XI entsprechend gilt. Demnach kann bei diesen Pflegeeinrichtungen eine Bezahlung der Beschäftigten nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit diese das regional übliche Entlohnungsniveau um nicht mehr als 10 Prozent übersteigt. Ergänzt wurde die Vorschrift durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I 2023 Nr. 359), wonach eine Bezahlung von Gehältern, die ihrer Höhe nach über dem Tarifniveau beziehungsweise dem regional üblichen Entlohnungsniveau liegen, bei Vorliegen eines sachlichen Grundes möglich ist.

Zu Nummer 21

Zu Absatz 1 und 2

Bisher wurden Fälle der Intensivpflege über § 27 – ähnlich wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – abgerechnet. Durch die wirkungsgleiche Übertragung des § 37c SGB V in das Beihilferecht erfolgt nun eine passgenauere Regelung der außerklinischen Intensivpflege.

Mit § 37c SGB V wurden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für GKV-Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt sowie neu gestaltet und damit der bisherige Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V ergänzt.

Anders als bei der häuslichen Krankenpflege ist die Vorlage der ärztlichen Verordnung im Beihilfeverfahren nur dann notwendig, wenn die Feststellung des besonders hohen Bedarfes nicht durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder die Postbeamtenkrankenkasse erfolgt.

Das Erfordernis des besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege kann nach der Regelung in Absatz 1 Satz 2 auf zwei Wegen festgestellt werden:

1. durch die ärztliche Verordnung, aus der sich der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ergibt, oder alternativ
2. durch die Feststellung des besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder die Postbeamtenkrankenkasse. In diesem Fall bedarf es nicht der Vorlage der ärztlichen Verordnung als Nachweis bei der Festsetzungsstelle.

Die Regelung erstreckt sich nicht nur auf beatmete Personen, sondern auch auf andere Fälle, in denen eine besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege notwendig ist.

Zu Absatz 3

Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nach § 27 und für vollstationäre Pflege nach § 39 sind neben einer außerklinischen Intensivpflege nicht beihilfefähig.

Zu Nummer 22

Zu Buchstabe a

Die bisherige Regelung führte dazu, dass der Höchstbetrag unter dem garantierten Mindestlohn nach dem Mindestlohngesetz liegt. Insoweit ist eine Angleichung geboten. Mit der Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge für eine Familien- und Hauspflegekraft durch die Bezugnahme auf § 1 Absatz 2 des Mindestlohngesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1348), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 28. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 172) geändert worden ist (neuer Betrag ab dem Jahr 2024, 12,41 Euro), multipliziert mit einem Faktor von 1,17, wird eine sich selbst dynamisierende Bezugsgröße geschaffen, die stets einen Mindestabstand zum Mindestlohn von mehr als 2,00 Euro garantiert.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Nummer 20 Buchstabe e

Zu Nummer 23

Zu Buchstabe a

Wirkungsgleiche Übernahme der Änderung der Krankentransport-Richtlinie vom 20. Oktober 2022 (BAnz AT 10.01.2023 B2), in Kraft getreten am 11. Januar 2023.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Klarstellung hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Nummer 24

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Nummer 25

Homogenisierung der gleichbedeutenden Begrifflichkeiten in den §§ 31, 34 und 35.

Bei ambulanten Anschluss- und Heilbehandlungen bestand eine Regelungslücke in den Fällen, in denen die Rehabilitationseinrichtung selbst oder ein von ihr beauftragter Dienstleister, jeweils gegen Entgelt, Fahrdienste anbietet. Diese Lücke wird in Anlehnung an § 35 Absatz 2 Satz 3 geschlossen.

Zu Nummer 26

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Klarstellende Ergänzung

Zu Doppelbuchstabe bb

Homogenisierung der gleichbedeutenden Begrifflichkeiten in den §§ 31, 34 und 35.

Zu Nummer 27

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

In der ständigen Bewilligungspraxis werden mindestens 98 Prozent aller ärztlich verordneten und beantragten Rehabilitationsmaßnahmen auf der Grundlage des Ergebnisses des Gutachterverfahrens bewilligt. Die verordnungsrechtlich vorgeschriebenen Gutachterverfahren binden nicht unerhebliche Haushaltsmittel im unterjährigen Verordnungsvollzug. Mit der Umstellung der Prüf- und Bewilligungsvoraussetzungen vom Gutachterverfahren hin zur ärztlichen Bescheinigung können die Kosten zur Durchführung des Bewilligungsverfahrens für die beihilferechtliche Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen erheblich gesenkt werden. Hiervon unberührt bleibt natürlich die Möglichkeit der Festsetzungsstellen, in begründeten Einzel- oder Zweifelsfällen gutachtliche Stellungnahmen in Auftrag zu geben. Als Nebeneffekt tritt zudem die zeitliche Kürzung des Bewilligungsverfahrens zu Gunsten der beihilfeberechtigten Person, aber auch der Administration bei der Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Klarstellung, dass die ärztliche Bescheinigung Aussagen nach Nummer 2 lediglich bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 (stationär) und Nummer 4

(ambulant) enthalten muss, da die Rehabilitationsbedürftigkeit bei einer Mütter-/Väterspezifischen Maßnahme ausschließlich stationär zielführend ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Wirkungsgleiche Übernahme der Regelung der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 Absatz 6 Rehabilitations-Richtlinie).

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe aaa

Zu Buchstabe b

Folgeänderung Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe aaa

Zu Nummer 28

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Nummer 29

Zu Buchstabe a

Wirkungsgleiche Übernahme des § 39 Absatz 5 SGB XI in das Beihilferecht.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Aufhebung des BVG und des Inkrafttretens des SGB XIV zum 1. Januar 2024. Die §§ 74 bis 76 SGB XIV decken das bislang in § 35 BVG aufgeführte Leistungsspektrum systemimmanent ab. Nach § 74 Nummer 1 SGB XIV i. V. m. § 37 SGB XI kann ein der Pauschalbeihilfe entsprechendes Pflegegeld gezahlt werden. § 75 und § 76 SGB XIV enthalten ergänzende Leistungen zu § 74 Nummer 1 SGB XIV. Diese waren inhaltlich auch bereits in § 35 BVG angelegt.

Zu Buchstabe c

Anpassung an die Neustrukturierung des § 37 Absatz 3 bis 3c SGB XI

Zu Nummer 30

Wirkungsgleiche Übernahme des § 39 Absatz 5 SGB XI in das Beihilferecht.

Zu Nummer 31

Wirkungsgleiche Übernahme des § 42a SGB XI in das Beihilferecht.

Zu Nummer 32

In einem neuen Absatz 2 wirkungsgleiche Übernahme der §§ 39a und 40a SGB XI in das Beihilferecht.

Zu Nummer 33

Wirkungsgleiche Übertragung des § 43c SGB XI in das Beihilferecht.

Zu Nummer 34

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Nummer 32

Zu Buchstabe b

Vor dem Hintergrund der künftigen regelhaften Dynamisierung der Leistungsbeträge im Bereich der Pflege wird anstelle des festen Betrages für den Zuschuss bei vollstationärer Pflege auf den in § 43 Absatz 3 SGB XI genannten Betrag dynamisch verwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38f Satz 2 wird mit in die Aufzählung aufgenommen. Diesen Anspruch haben auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, er wurde in § 39b bisher aber nicht mit aufgeführt.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zu Buchstabe c

Zu Nummer 35

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Nummer 36

Zu Buchstabe a

In § 41 Absatz 3 und 4 werden die materiellen Regelungen aus den dazugehörigen Anlagen 14 und 15 (ehemals 14a) in den Vorschriftenteil übertragen.

Darüber hinaus erfolgt eine Konkretisierung der Absätze 3 und 4 zur Schärfung der Rechts- und Anwendungsklarheit zum Beihilfeanspruch für den Personenkreis nach den §§ 2 und 4 für Aufwendungen, die im Rahmen von Früherkennungsprogrammen für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust-, Eierstock- und Darmkrebsrisiko beihilfefähig sind.

Die Neuregelung zielt darauf ab, den beihilfeberechtigten Personenkreis hinsichtlich des Verwandtschaftsgrades in Anlehnung an die Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenkasse einzugrenzen, d. h. die erkrankte Person und die (mutmaßlich) erblich belastete Person müssen jeweils ein genetisches Verwandtschaftsverhältnis vorweisen. Darüber hinaus muss für die Person jeweils ein eigener Beihilfeanspruch nach § 2 oder ein Beihilfeanspruch als berücksichtigungsfähige Person nach § 4 bestehen.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe c der neunten Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713)

Zu Nummer 37

Zu Buchstabe a

Durch die Verbindung von Satz 1 und 2 wird klargestellt, dass sich der ehemalige Satz 2 ausschließlich auf Satz 1 Nummer 4 bezieht (vgl. Nummer 42.1.4 BBhVVwV).

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Nummer 20 Buchstabe e

Zu Nummer 38

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe cc

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe cc

Zu Doppelbuchstabe cc

Anpassung an den medizinischen Fortschritt und die derweil bestehende Rechtslage in Deutschland. Die Qualitätssicherung wird bereits u. a. durch die speziellen Anforderungen in den Berufsordnungen für Ärztinnen und Ärzte in den Bundesländern gewährleistet. Daneben sind EU-Richtlinien und daraus resultierende Gesetze einzuhalten (z. B. Gewebegesetz, Transplantationsgesetz, Embryonenschutzgesetz, Arzneimittelgesetz). Eine darüber hinausgehende Qualitätssicherung (Nachweis einer Genehmigung nach § 121a SGB V) durch die Festsetzungsstellen ist obsolet.

Zu Buchstabe b

Anpassung der Regelung an Punkt 11.5 b) der Richtlinien über künstliche Befruchtung in der Fassung vom 14. August 1990, veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1990, Nummer 12, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 08.02.2022 B3), in Kraft getreten am 9. Februar 2022.

Zu Buchstabe c

Aufnahme einer Altersgrenze für Kryokonservierung entsprechend der Regelung des § 27a Absatz 4 Satz 2 SGB V in der Fassung vom 6. Mai 2019. Darüber hinaus kann die Zustimmungsregelung für oberste Dienstbehörden und die Einvernehmensregelung mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat wegfallen, da die Anwendungsregelfälle bei Kryokonservierung, die unmittelbar durch eine Krankheit bedingt sind, in der Verwaltungspraxis keine Schwierigkeiten bereiten. Mit Übernahme der Regelung durch die Siebte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 25. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2403) lagen noch unzureichende Informationen über die Anzahl und Art der Fälle sowie die konkreten Kosten im Einzelfall vor. Die Regelung diente daher insbesondere der Erfassung und Auswertung entsprechender Informationen. Der Regelungszweck ist nunmehr erfüllt. Die Anträge können auf Grund der überwiegend eindeutigen Fallkonstellationen eigenständig durch die Festsetzungsstellen entschieden werden. Der Wegfall des Zustimmungserfordernisses der obersten Dienstbehörde und das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern und für Heimat dient dem Abbau nunmehr überflüssiger Verfahrensschritte und führt zu einer Verfahrensbeschleunigung.

Zu Nummer 39

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Buchstabe c

Zu Buchstabe c

Mit der Kündigung der Vereinbarung durch den Vertragspartner ist die vertragliche Rechtsgrundlage für die pauschale Erstattung der Aufwendungen für den Einsatz des Organ Care Systems für Herzen (OCS™ Herz) je transplantiertem Herz weggefallen.

Zu Nummer 40

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Nummer 41

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe e der neunten Änderungsverordnung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713).

Zu Nummer 42

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Klarstellung

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Aufhebung des BVG und des Inkrafttretens des SGB XIV zum 1. Januar 2024. Nach § 83 SGB XIV kann ein der Grundrente des Soldatenentschädigungsgesetzes (SEG) entsprechender Anspruch auf Entschädigungszahlungen an Geschädigte bestehen.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe c und Nummer 32 Buchstabe c der neunten Änderungsverordnung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713).

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Nummer 43

Schaffung der Möglichkeit für Teilbescheide im Falle eines Beihilfeantrages mit unterschiedlichen Belegen, auch einer Krankenhausabrechnung. Künftig wird es vermehrt zu Direktabrechnungen von Krankenhausabrechnungen nach § 51a Absatz 3 kommen. Durch die eingesetzte Prüfsoftware kann es u. U. zu vermehrten Beanstandungen kommen, die eine Klärung mit dem Krankenhaus erfordern, was bei einer einheitlichen Bearbeitung des Beihilfeantrages zu Verzögerungen auch bei einfach zu prüfenden und festzusetzenden Belegen führen könnte. Dies wird durch die Regelung nunmehr vermieden.

Zu Nummer 44

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Folgeänderung auf Grund des Wegfalls der Anlage 4 und der entsprechenden Änderung in § 22 Absatz 1 Nummer 4.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Anpassung und Harmonisierung der Rechtssystematik zur Befreiung von Eigenbehalten für Fahrtkosten auch im Zusammenhang von Anschlussheil- und Suchtbehandlungen nach § 34 Absatz 5, wie sie bereits für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 2 Nummer 1 besteht. Herbeiführung des Rechtszustandes vor der neunten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Januar 2021.

Zu Doppelbuchstabe bb

Wirkungsgleiche Übernahme des Artikel 2 Nummer 4 Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVG) vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197); Änderung des § 61 SGB V.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Erweiterung der Regelung um Eigenbehalte für Leistungen nach dem neu eingefügten § 26b zur Übergangspflege im Krankenhaus in Anlehnung an die Regelung zu § 39e Absatz 2 SGB V.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 24 Buchstabe d der neunten Änderungsverordnung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713).

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Wirkungsgleiche Übernahme des Artikel 2 Nummer 4 ALBVVG vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197); Änderung des § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Klarstellung der Behördenbezeichnung auf Grund Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 8. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5176).

Zu Nummer 45

Klarstellung, dass die genannten Eigenbehalte bei der Berechnung der Belastungsgrenze nur in der Höhe berücksichtigt werden, mit der die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person auch tatsächlich durch das Beihilferecht belastet wird.

Zu Nummer 46

Zu Buchstabe a

Durch die dauerhafte Bewilligung regelmäßig wiederkehrender und gleichbleibender Beträge im Bereich der Pflege wird insbesondere dem Umstand Rechnung getragen, dass eine älter werdenden und damit potentiell auch pflegebedürftig werdende Gesellschaft möglichst von überflüssigen Verfahrensmaßnahmen entlastet wird. Hierdurch wird eine in der Pflegeversicherung vergleichbare Situation geschaffen und die Kundenzufriedenheit gesteigert. Bei wiederkehrenden Zahlungen wie etwa der Pauschalbeihilfe bei häuslicher Pflege nach § 38a besteht eine Ausnahme vom Prinzip der Aufwandserstattung. Um Überzahlungen vorzubeugen, haben die Festsetzungsstellen nach einer zwölfmonatigen Beihilfegewährung die Anspruchsvoraussetzungen zu überprüfen.

Die Regelung birgt das Potential zusätzlicher Minimierung des Erfüllungsaufwandes bei denjenigen Festsetzungsstellen, die neue digitale Abrechnungsstrukturen dergestalt implementiert haben, dass die regelmäßige Überprüfung der Voraussetzungen gegebenenfalls automatisiert abgebildet wird. So könnte dies insbesondere im Rahmen der Pauschalbeihilfe aufwandsarm durch einen automatisierten Abgleich der abzurufenden Beratungsbesuche nach § 38a in Verbindung mit § 37 Absatz 3 SGB XI erfolgen.

Zu Buchstabe b

In mehr als 50 Prozent der Fälle reichen die beihilfeberechtigten Personen mit dem Beihilfeantrag die vorliegende Wahlleistungsvereinbarung nicht ein, sodass diese gesondert angefordert werden muss. In der Masse der Fälle führt die Verpflichtung zur Vorlage der Wahlleistungsvereinbarung zu einem hohen bürokratischen Mehraufwand ohne signifikanten Nutzen.

Vor diesem Hintergrund wird die Regelung zur Vorlage antragsrelevanter Unterlagen und Belege modifiziert, um zum einen den administrativen Aufwand zur Abrechnung von Aufwendungen im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen für die Festsetzungsstellen kostengünstiger und effizienter zu gestalten und zum anderen die beihilfeberechtigten Personen grundsätzlich von nicht zwingend notwendigen Nachweis- und Belegpflichten freizuhalten.

Zu Buchstabe c

Mit der Möglichkeit der Festsetzungsstellen, im Einvernehmen mit der jeweiligen fachaufsichtführenden Behörde auf die Mindestbetragsregelung nach § 51 Absatz 8 Satz 1 zu verzichten, wird ein langjähriger Streitpunkt zwischen den beihilfeberechtigten Personen und Festsetzungsstellen beigelegt. Auf Grund der rechtlichen Vorgabe waren die Festsetzungsstellen gebunden, Beihilfeanträge mit Aufwendungen, die geringer als 200 Euro waren, mit entsprechendem Hinweis auf die Verjährungsausnahme an die beihilfeberechtigten Personen ausnahmslos unerledigt zurückzusenden. Dieses Verwaltungsvorgehen entlastete weder die Festsetzungsstellen noch fand es zu keiner Zeit Akzeptanz bei den beihilfeberechtigten Personen. Mit dem erneuten Einreichen der bereits einmal geltend gemachten Aufwendungen lag der Beihilfeantrag ein weiteres Mal in der Festsetzungsstelle vor. Insoweit war die Festsetzungsstelle mit einem Verwaltungsvorgang doppelt befasst. Ebenso ist vor dem Hintergrund sich ändernder technischer Verfahren und neuer digitaler Abrechnungsstrukturen die vom Ordnungsgeber beabsichtigte Entlastung der Festsetzungsstellen von einer hohen Antragslast mit geringen Aufwendungen nicht mehr notwendig. Gleichwohl bleibt zur Entlastung einzelner Festsetzungsstellen die Möglichkeit bestehen, die bisherigen Mindestbetragsregelung weiterhin zu nutzen, wenn organisatorische oder technische Rahmenbedingungen dies gebieten.

Zu Nummer 47

Zu Buchstabe a

Öffnung einer zeitlich erweiterten Antragsmöglichkeit für beihilfeberechtigte Personen, jede Aufwendung nunmehr innerhalb einer Antragsfrist von drei Jahren geltend machen zu können.

Die Anhebung der Antragsfrist wird auch im Zusammenhang mit dem Wegfall des § 51 Absatz 8 (Antragsgrenze) und der Verjährungsausnahme verknüpft. Auf Grund der älter werdenden beihilfeberechtigten Personen kommt es gerade in Pflegefällen immer wieder zu Situationen einer Verfristung, wenn Angehörige oder andere helfende Personen nicht rechtzeitig eingreifen können. In der Konsequenz waren die Festsetzungsstellen gezwungen, die Erstattung von Aufwendungen für verfristet eingereichte Rechnungsbelege abzulehnen, auch wenn es sich nur um wenige Tage handelte. Regelmäßig mündeten diese abgelehnten Aufwendungen in Rechtsmittelverfahren und Beschwerden. Die einjährige Antragsfrist konnte zu keinem Zeitpunkt gegenüber den beihilfeberechtigten Personen als sinnvoll und notwendig kommuniziert werden. Eine längere Antragsfrist setzt ein deutliches Signal zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit. Sie wird das Aufkommen von Widersprüchen und Beschwerden erheblich verringern und die Festsetzungsstellen in gleicher Weise entlasten. Ebenso sind im Verwaltungsvollzug einer geänderten Verjährungsprüfung keine Probleme zu erwarten, da hier mit den aktuellen und auch zukünftigen, digitalisierten Abrechnungssystemen eine systemtechnische Unterstützung erfolgt.

Zu Buchstabe b

Klarstellung, dass Pflegeleistungen nach § 38a Absatz 3 (Pauschalbeihilfe) gemeint sind.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Aufhebung des BVG und des Inkrafttretens des SGB XIV zum 1. Januar 2024.

Zu Nummer 48

Klarstellung, dass die Geheimhaltungspflicht für die gesamte Beihilfebearbeitung gilt.

Zu Nummer 49

Sprachliche Anpassung der Regelung. Nach § 56 Absatz 2 können die obersten Dienstbehörden die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Die hierzu zu erlassenden Verwaltungsvorschriften, in der Regel sind es Erlasse, sind nach Satz 2 im Bundesgesetzblatt zu veröffentlichen. Bei einer Verwaltungsvorschrift bzw. bei einem Erlass handelt es sich juristisch um eine Regelung und nicht – wie bisher formuliert – um eine Übertragung.

Zu Nummer 50

Zu Absatz 4

Verordnungsrechtliche Überführung der Vorgriffregelung vom 4. Februar 2021 (GMBl. 2021, S. 226) zur besitzstandwahrenden Fürsorgeregelung für beihilfeberechtigte Personen, die ihren dauerhaften Wohnsitz bereits vor dem Austritt Großbritanniens aus der Europäischen Union im Vereinigten Königreich hatten.

Zu Absatz 5

Wirkungsgleiche Übertragung der Regelung des § 84 Absatz 9 SGB XI und Umsetzung der Vorgriffregelung gemäß Rundschreiben – D6-30111/22#5 – vom 24. Juni 2021 zur Einführung der Vergütungszuschläge für Pflegehilfskraftpersonal.

Der Vergütungszuschlag für Pflegehilfskraftpersonal wurde in das allgemeine Vergütungsrecht durch § 113c Absatz 6 SGB XI überführt, sodass es keiner unbefristeten Regelung in der BBhV mehr bedarf. Lediglich eine Übergangsregelung wird geschaffen, da nach § 113c Absatz 6 Satz 3 SGB XI eine Übertragung noch bis zum 31. Dezember 2025 erfolgen kann.

Zu Absatz 6

Anpassung auf Grund des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. zum 1. Januar 2024, BGBl. 2019 2652 ff.). Nach der Besitzstandsregelung des § 142 SGB XIV bleiben bestehende Ansprüche unberührt.

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Aufhebung des BVG und des Inkrafttretens des SGB XIV. Darüber hinaus richtet sich die Beschädigtenversorgung der Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr gemäß den Vorschriften des Soldatenversorgungsgesetzes auf Grund der gesetzlichen Verweisung nach den Regelungen des Bundesversorgungsgesetzes. Auch nach der Aufhebung des Bundesversorgungsgesetzes zum 1. Januar 2024 verbleibt es bei dem Rechtsfolgenverweis auf das Bundesversorgungsgesetz in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung.

Zu Nummer 51

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b der neunten Änderungsverordnung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass mit dem Ausschluss nicht die Heilung von Frakturen, sondern die Heilung von Eingeweidebrüchen (Hernien) gemeint ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe gg

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb

Zu Doppelbuchstabe dd

Der Ausschluss der modifizierten Eigenblutbehandlung rührt aus früheren „Heilversuchen“ her, bei denen durch Zugabe diverser Medikamente, von Nichtarzneimitteln oder von Gasen beziehungsweise durch Bestrahlung mit unterschiedlichen Lichtfrequenzen eine Heilung oder Steigerung der Abwehrkräfte erreicht werden sollte. Wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise liegen hierzu nach wie vor nicht vor.

Heutzutage handelt es sich bei der Eigenblutbehandlung nicht um eine alternativmedizinische Methode, sondern um ein wissenschaftliches, schulmedizinisches Verfahren, sodass ein genereller Ausschluss der Eigenblutbehandlung zumindest bei verschiedenen Indikationen nicht mehr dem wissenschaftlichen Stand des hochdynamischen Feldes entspricht.

Daher wird die modifizierte Eigenblutbehandlung in Abschnitt 1 (Völliger Ausschuss) gestrichen und in modifizierter Form in Abschnitt 2 (Teilweiser Ausschuss) aufgenommen.

Zu Doppelbuchstabe ee

Eine Evidenz für die Photobiomodulation bei trockener altersbedingter Makuladegeneration wird von der Österreichischen Ophthalmologische Gesellschaft e.V. als nicht ausreichend erachtet. Bestätigt wird dies auch durch die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V. (DOG). Das Verfahren ist deshalb als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode zu werten.

Zu Doppelbuchstabe ff

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe dd

Zu Doppelbuchstabe gg

Neue Formulierung des computergestützten Gesichtsfeldtrainings zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung (ehemals Nummer 3.3) um klarzustellen, dass nur die visuelle Restitutionstherapie und nicht andere Formen des computergestützten Gesichtsfeldtrainings z. B. die Kompensationstherapie vollständig ausgeschlossen ist.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Ein gänzlicher Ausschluss der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist nicht mehr angezeigt, da es für die Eigenblutbehandlung wissenschaftlich erwiesene Einsatzgebiete gibt, wie beispielsweise die Verwendung von Thrombozytenkonzentraten in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Hierzu wird auf die S3-Leitlinie „Einsatz von Platelet-Rich-Fibrin (PRF) in der dentalen Implantologie“ der federführenden Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) (Stand: 12/2022) verwiesen, wonach für das aufgenommenen Anwendungsgebiet eine Evidenz nachgewiesen werden konnte. Die Eigenblutbehandlung wird daher in Abschnitt 2 aufgenommen und ist demnach

bei bestimmten Indikationen beihilfefähig. Zudem wird eine einfachere Abgrenzung zu beihilfefähigen Arzneimitteln wie autologe Eigenserumaugentropfen oder Kymriah hergestellt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa

Zu Nummer 52

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b der neunten Änderungsverordnung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713).

Zu Nummer 53

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung der neuen Berufsbezeichnung mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604).

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung der neuen Berufsbezeichnung mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604).

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa

Zu Nummer 54

Folgeänderung zu **Nummer 12**

Mit der Einführung von direkten Verweisen auf die jeweiligen Anlagen der AM-RL werden die Anlagen 4 bis 6 aufgehoben.

Zu Nummer 55

Zu Buchstabe a

Die Vorgriffregelung vom 18. April 2023 – D6-30111/39#10 – hinsichtlich der beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel wird kodifiziert. Darüber hinaus werden die beihilferechtlichen Höchstbeträge für Heilmittel in den Bereichen Physiotherapie, Podologie und Ernährungstherapie an die jeweiligen Höchstpreise im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst.

Des Weiteren erfolgt die Aufnahme neuer Leistungspositionen sowie eine Anpassung bestehender Leistungspositionen entsprechend den Änderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Buchstabe b

Erweiterung der Indikationen über die Beihilfefähigkeit der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) gemäß einer fachlichen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Anpassung

Zu Nummer 56

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Terminus auf Grund der Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) des GBA vom 19. September 2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.12.2019 B7), in Kraft getreten am 1. Oktober 2020.

Zu Nummer 57

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Anatomische Brillenfassungen sind Brillenfassungen, die in schwerwiegenden medizinischen Ausnahmefällen oder auf Grund der besonderen individuellen anatomischen Merkmale des Brillenträgers über das herkömmliche Maß hinaus modifiziert werden müssen, um ein ordnungsgemäßes Tragen der Brille zu ermöglichen.

Da der Begriff der „anatomischen Brillenfassung“ in der Fachwelt nicht bekannt ist, wird das Hilfsmittel aus dem Verzeichnis gestrichen.

Brillengestelle sind im Rahmen der Beihilfeverordnung beihilfefähig. Darüber hinaus können individuell notwendige Anpassungen im Rahmen vom Einzelfallentscheidungen als beihilfefähig anerkannt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Nummer 58 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb

Zu Doppelbuchstabe dd

Erweiterung der Einschränkung des Hilfsmittels um eine vorliegende Sprachstörung, da auch Sprachbehinderungen durch einen Communicator ausgeglichen werden können.

Zu Doppelbuchstabe ee

Als Oberbegriff für elektronische Mobilitätshilfen für Behinderte zur Erleichterung der Alltagsbewältigung wird die Bezeichnung „Elektromobil“ gewählt, da die Bezeichnung „Elektroscooter“ nicht mehr zeitgemäß ist.

Zu Doppelbuchstabe ff

Wirkungsgleiche Übertragung der GKV-Regelung. Im Hilfsmittelkatalog der GKV ist das Farberkennungsgerät aufgeführt.

Zu Doppelbuchstabe gg

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe ff

Zu Doppelbuchstabe hh

Die Beschränkung des Hilfsmittels auf Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus wird ausgeweitet, da auch bei anderen Erkrankungen eine kontinuierliche Gewebezucker messung nebst Warnfunktion geboten ist. Zudem wurde das Wort „insulin-pflichtig“ durch „behandlungsbedürftig“ ersetzt, da es in manchen Fällen keiner zusätzlichen Insulingabe mehr bedarf.

Zu Doppelbuchstabe ii

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen bei Blasen- oder Darminkontinenz ebenfalls beihilfefähig sind.

Zu Doppelbuchstabe jj

Mit der Änderung wird klargestellt, dass mit dem bisherigen Begriff „Taubheit“ die Gehörlosigkeit und nicht die Taubheit beispielsweise von Gliedmaßen gemeint ist. Entsprechend sind Aufwendungen für Vibrationstrainer im Zusammenhang mit den Fonatoren beihilfefähig.

Zu Doppelbuchstabe kk

Redaktionelle Klarstellung

Zu Doppelbuchstabe ll

Das Schlafpositionsgerät wird in der Anlage 11 aufgenommen, da es sich nach der S3-Leitlinie "Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung" (Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen“) um eine grundsätzlich mögliche Therapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe handelt und damit die medizinische Notwendigkeit als positiv bewertet wird.

Die Einschränkung des Patienten ist, im Vergleich zu einer Therapie mit Schlafapnoe-Gerät (CPAP-Gerät) und Gesichtsmaske, wesentlich geringer und nachvollziehbarerweise angenehmer.

Zu Doppelbuchstabe mm

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe ll

Zu Doppelbuchstabe nn

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe jj

Zu Buchstabe b

Die für das Mobilitätstraining geltenden Höchstbeträge für die Unterrichtsstunde, für die Fahrtzeit sowie für die Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers werden

an die Vergütungssätze des Vertrag gemäß § 127 Absatz 2 SGB V über die Versorgung mit Blindenlangstöcken sowie der Schulung in Orientierung und Mobilität (O&M) für blinde und sehbeeinträchtigte Menschen angepasst.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa der neunten Änderungsverordnung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713).

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Redaktionelle Klarstellung

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Änderung

Zu Buchstabe f

Erweiterung des Ausschusses um orthokeratologische Kontaktlinsen. Die Orthokeratologie ist die gezielte Veränderung der Hornhautform durch speziell geformte formstabile Kontaktlinsen, um eine zeitlich eingeschränkte Korrektur von Fehlsichtigkeiten (insbesondere Myopie und Astigmatismus) ohne Sehhilfe zu erreichen. Orthokeratologische Kontaktlinsen werden in der Regel nur während des Schlafes getragen. Die Behandlung mit orthokeratologische Kontaktlinsen entspricht in ihrer Qualität und Wirksamkeit bisher nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und ist deshalb als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode zu werten (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 21. Juni 2021 – L 10 KR 303/20).

Zu Buchstabe g

Folgeänderung zu Buchstabe f und Klarstellung

Zu Nummer 58

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung auf Grund von Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b der neunten Änderungsverordnung der Bundesbeihilfeverordnung vom 1. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2713).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Um eine Schlechterstellung gegenüber GKV-Versicherten zu vermeiden, wird in Anlehnung an den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen der Ausschuss von Blutdruckmessgeräten aufgehoben und diese als beihilfefähige Hilfsmittel in Anlage 11 aufgenommen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Ein Ausschluss von Ess- und Trinkhilfen wird nicht mehr als gerechtfertigt angesehen, da die Nahrungs- beziehungsweise Getränkeaufnahme ein Grundbedürfnis darstellt und im Falle einer Beeinträchtigung, Erkrankung oder Behinderung insbesondere Ess- und Trinkhilfen Hilfsmittelcharakter haben. Unter diesen Umständen ist nicht von einem Gegenstand der allgemeinen Lebensführung auszugehen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der Begriff „Krankenunterlagen“ wird mit den Klammerzusatz genau definiert.

Zudem erfolgt eine Vereinfachung der Ausnahmeindikation, sodass bei einer ärztlichen Verordnung für Krankenunterlagen in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit beispielsweise eine bescheinigte Inkontinenz als Ausnahmetatbestand ausreichend ist.

Zu Nummer 59

Aufgrund der vielfältigen Änderungen ist eine Neufassung der Anlage angezeigt. Unter anderem wurden die materiellen Regelungen direkt in den § 41 Absatz 3 eingepflegt.

Zudem wurden die materiellen Änderungen der 4. Anschlussvereinbarung vom 20. Juli 2021 und der 5. Anschlussvereinbarung vom 1. Januar 2024 zur Vereinbarung vom 24. August 2006 zwischen dem PKV-Verband und dem Universitätsklinikum Köln sowie den beigetretenen Zentren über die Risikofeststellung, interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennungsmaßnahmen von Patientinnen und Ratsuchenden mit familiärer Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs umgesetzt.

Im Wesentlichen erfolgen Änderungen zugunsten von ratsuchenden Personen, die bis 2015 getestet worden sind. Aus Fürsorgegründen ist hier eine Nachuntersuchung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft notwendig.

Neu aufgenommen wurden auch einmalige Pauschalen für

eine Beratung vor Entlassung aus dem Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm; infolge des hohen Beratungsbedarfs und des sich anschließenden Abschlussgespräches zur Entlassung aus dem Früherkennungsprogramm einschließlich einer neuen Risikokalkulation auf Basis der Genpanelanalyse und aktualisiertem Stammbaum werden Aufwendungen in Höhe von 672,80 Euro als beihilfefähig anerkannt und

1. ein Entscheidungscoaching für BRCA1/2-Mutationsträgerinnen durch spezialisiert Pflegende; hierbei handelt es sich um eine Entscheidungsunterstützung durch spezialisiert Pflegende (Breast Care Nurse). Dieses wird mit einer Pauschale in Höhe von 113 Euro vergütet.
2. BRCA 1/2-Mutationsträgerinnen, die ein Entscheidungscoachings erhalten haben, sind besser informiert über die medizinischen Hintergründe und können ggfs. Präventiv- oder Therapieoptionen verfolgen.

Zu Nummer 60

Aufhebung der Anlage 14a. Der Platzhalter in Artikel 15 wird mit einem modifizierten Inhalt der bisherigen Anlage 14a neu gefasst.

Zu Nummer 61

Aufgrund der vielfältigen Änderungen ist eine Neufassung der bisherigen Anlage 14a, die als Anlage 15 mit dem entsprechend modifizierten Inhalt neu gefasst wird, angezeigt. Unter anderem wurden die materiellen Regelungen direkt in den § 41 Absatz 4 eingepflegt sowie redaktionelle Änderung und Anpassungen von Begrifflichkeiten berücksichtigt.

Des Weiteren wurden die materiellen Änderungen der 3. Anschlussvereinbarung zur Vereinbarung vom 17. Mai 2016 zwischen dem PKV-Verband und dem Universitätsklinikum Bonn sowie den beigetretenen Zentren des Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs vom 3. Januar 2023 umgesetzt.

Mit der Änderung können Aufwendungen für eine genetische Analyse sowohl bei einer an Darmkrebs erkrankten Person (Indexfall) als auch bei einer ratsuchenden Person (Verdachtsfall) als beihilfefähig anerkannt werden.

Zudem erfolgte eine Aktualisierung des Verzeichnisses der Zentren des Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs sowie eine Anpassung der Bezeichnungen der einzelnen Zentren.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung der Bundesbeihilfeverordnung)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Inkrafttretens des SEG am 1. Januar 2025 durch das Gesetz über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20. August 2021 (BGBl. I 3932 ff.).

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Inkrafttretens des SEG am 1. Januar 2025 durch das Gesetz über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20. August 2021 (BGBl. I 3932 ff.).

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Inkrafttretens des SEG am 1. Januar 2025 durch das Gesetz über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20. August 2021 (BGBl. I 3932 ff.). Nach § 17 SEG i. V. m. § 44 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch können der Pauschalbeihilfe entsprechende Leistungen gezahlt werden.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 47 Buchstabe a

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Präzisierung der Härtefallregelung durch Einbeziehung weiterer Einnahmearten. Hierdurch soll vermieden werden, dass trotz ausreichender, bislang aber nicht berücksichtigungsfähiger Einnahmen ein Härtefall angenommen werden muss, obwohl faktisch kein solcher vorliegt. So konnten bislang Erwerbseinkünfte von Tarifbeschäftigten, die später verbeamtet wurden, nicht berücksichtigt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 47 Buchstabe a

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Inkrafttretens des SEG am 1. Januar 2025 durch das Gesetz über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20. August 2021 (BGBl. I 3932 ff.). Nach § 11 SEG wird eine entsprechende Leistung zur Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz eingeführt.

Zu Artikel 3 (Weitere Änderung der Bundesbeihilfeverordnung)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Schaffung eines Gemeinsamen Jahresbetrags in § 42a SGB XI durch Artikel 2a Nummer 10 des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155), der am 1. Juli 2025 in Kraft tritt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Artikel 2a Nummer 12 des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155), der am 1. Juli 2025 in Kraft tritt.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Schaffung eines Gemeinsamen Jahresbetrags in § 42a SGB XI durch Artikel 2a Nummer 10 des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155), der am 1. Juli 2025 in Kraft tritt.

Zu Nummer 3

Übergangsregelung in Folge der Schaffung eines Gemeinsamen Jahresbetrags in § 42a SGB XI durch Artikel 2a Nummer 10 des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155), der am 1. Juli 2025 in Kraft tritt.

Zu Artikel 4 (Änderung der Heilverfahrensverordnung)

Zu Nummer 1

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b

Zu Nummer 2

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 17 (Wegfall bzw. Einpreisung des Eigenbhalts)

Zu Nummer 3

Es wird auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe a verwiesen. Durch den Verweis auf die BBhV wird eine Schlechterstellung von Anspruchsberechtigten nach der Heilverfahrensverordnung gegenüber Beihilfeberechtigten vermieden.

Zu Artikel 5 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Artikel 1 regelt insbesondere das frühzeitige und administrativ schnell umzusetzende Inkrafttreten der Kodifizierung von bereits geltenden Vorgriffregelungen und in anderen Rechtsgebieten wie dem SGB V und SGB XI geltenden Rechtsnormen.

Artikel 4 beinhaltet Folgeänderungen zu Artikel 1, sodass ein gleichzeitiges Inkrafttreten angezeigt ist.

Zu Absatz 2

Mit Artikel 2 werden notwendige Folgeänderung auf Grund des Inkrafttretens des SEG zum 1. Januar 2025 durch das Gesetz über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20. August 2021 (BGBl. I 3932 ff.) in das Beihilferecht vorgenommen. Die Änderungen treten am 1. Januar 2025 in Kraft, sodass das Inkrafttreten der Änderungen der BBhV daran angepasst werden muss.

Zudem erfolgt vom Bundesrechnungshof erbetene Ergänzung der Einbeziehung weiterer anzurechnender Einkunftsarten im Zusammenhang mit den Härtefallregelungen des § 39 Absatz 2 und § 50 Absatz 1. Da der maßgebliche Bezugszeitraum nach § 39 Absatz 3 auf das Kalenderjahr vor der Antragstellung abstellt, wäre ein unterjähriges Inkrafttreten ohne komplexe und flankierende Übergangsregelungen für wenige Monate administrativ nicht zu rechtfertigen. Ein Inkrafttreten zu Beginn des nächstmöglichen Kalenderjahres ist mithin zwingend.

Zu Absatz 3

Mit Artikel 3 wird der Gemeinsame Jahresbetrag in § 42a SGB XI durch Artikel 2a Nummer 10 des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) wirkungsgleich in das Beihilferecht übertragen. Diese Regelung tritt am 1. Juli 2025 in Kraft, sodass das Inkrafttreten der Änderungen in der BBhV daran angepasst ist.