

Dritte allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung

Vom 5. Dezember 2024

Nach § 145 Absatz 2 des Bundesbeamtengesetzes, der zuletzt durch Artikel 2 Nummer 2 des Gesetzes vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2232) geändert worden ist, erlässt das Bundesministerium des Innern und für Heimat folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift:

Artikel 1

Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 26. Juni 2017 (GMBI. S. 530), die zuletzt durch die Zweite allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 28. Februar 2022 (GMBI. S. 286) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

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

„18 zu § 18 – Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen“.

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

„25a zu § 25a – Digitale Gesundheitsanwendungen“.

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

„26b zu § 26b – Übergangspflege im Krankenhaus“.

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

„27a zu § 27a – Außerklinische Intensivpflege“.

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

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

2. Nach Nummer 6.2.3 wird folgende Nummer 6.2.4 eingefügt:

„6.2.4 Der Betrag der Einkommensgrenze für das jeweilige Kalenderjahr wurde durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern und für Heimat wie folgt bekannt gegeben:

Kalenderjahr	Höhe Einkommensgrenze
--------------	-----------------------

2023	20 000 Euro
2024	20 878 Euro
2025	21 832 Euro“.

3. Nummer 6.3.1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„¹Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Urteil vom 10. Oktober 2013 – 5 C 32/12) sind krankheitsbedingte Aufwendungen notwendig, wenn die Behandlung des regelwidrigen Zustandes des Körpers oder Geistes medizinisch notwendig ist.“

b) In Satz 5 werden die Wörter „Unerheblich ist“ durch die Wörter „Grundsätzlich ist unerheblich“ ersetzt.

c) Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„⁷Ein operativer Eingriff in den gesunden Körper, durch den einer psychischen Erkrankung entgegengewirkt werden soll, ist nur dann möglich, wenn der Zustand des Betroffenen durch die innere Spannung zwischen dem jeweiligen Geschlecht und seiner seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht eine derartige Ausprägung erfährt, dass eine Krankheit anzunehmen ist (Gutachterverfahren).“

d) Nach Satz 7 wird folgender Satz 8 eingefügt:

„⁸In allen anderen Fällen sind die Aufwendungen nicht beihilfefähig, auch wenn keine andere Möglichkeit der ärztlichen Hilfe besteht, weil eine psychotherapeutische Behandlung abgelehnt wird und damit keinen Erfolg verspricht (BVerwG, Beschluss vom 30. September 2011 – 2 B 66.11 – unter Hinweis darauf, dass generell zweifelhaft sei, ob körperliche Eingriffe zur Überwindung einer psychischen Krankheit geeignet seien; hinzu komme, dass nach einem solchen Eingriff eine Symptomverschiebung zu besorgen sei und ansonsten bei Anerkennung der Beihilfefähigkeit letztlich Schönheitsoperationen auf Kosten der Allgemeinheit durchgeführt würden).“

4. Nummer 6.4 wird wie folgt gefasst:

„6.4 **Zu Absatz 4**

6.4.1 ¹Im Regelfall sind von der GKV anerkannte neue Behandlungsmethoden beihilfefähig. ²Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein ärztliches Gutachten bestätigt, ist vor einer beihilferechtlichen Anerkennung der die Fachaufsicht führenden Stelle zu berichten.

6.4.2 ¹Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind die zur Nutzung telemedizinischer Leistungen erforderlichen Endgeräte (Smartphone, Tablet, Laptop, Smartwatch, Kamera usw.). ²Die anfallenden Kosten für den Strom und Datenverbrauch sind ebenfalls nicht beihilfefähig und werden den allgemeinen Lebenshaltungskosten zugerechnet. ³Medizinisch-technische 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.“

5. In Nummer 6.5.3 werden die Sätze 2 bis 4 durch folgenden Satz ersetzt:

„²Die Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfeträger von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen sind zu berücksichtigen (https://api.bptk.de/uploads/B_Ae_K_B_Pt_K_PKV_V_Beihilfe_Abrechnungsempfehlung_d583969f7a.pdf) sowie Rundschreiben des BMI vom 3. Juli 2024 – D6.30111/15#15 – [GMBl. S. 554].“

6. In Nummer 6.5.6 Satz 3 werden die Angaben „6.3.4 und 6.3.5“ durch die Angaben „6.5.4 und 6.5.5“ ersetzt.

7. In Nummer 6.5.8 werden die Sätze 5 und 6 durch folgenden Satz ersetzt:

„⁵Aufwendungen für eine gesondert berechnete Unterkunft sind nur bis zur Höhe von § 26 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b BBhV beihilfefähig.“

8. Nach Nummer 6.5.8 wird folgende Nummer 6.5.9 eingefügt:

„6.5.9 Kann die beihilfeberechtigte Person nach Behandlung in einem Wundzentrum zum Nachweis der wirtschaftlichen Angemessenheit eine Vereinbarung über Vergütungspauschalen mit einem Krankenversicherungsunternehmen nicht vorlegen, ist zur Beurteilung der wirtschaftlichen Angemessenheit nach § 6 Absatz 3 BBhV auch ausreichend, wenn die Festsetzungsstelle eine vergleichbare Vereinbarung als Orientierungshilfe heranzieht.“

9. Die Nummer 6.6 wird wie folgt gefasst:

„6.6 **Zu Absatz 6**

Die Festsetzungsstelle kann von der beihilfeberechtigten Person die Vorlage von Nachweisen der Ortsüblichkeit verlangen.“

10. In Nummer 8.4.1 Satz 3 wird die Angabe „bis 47“ durch die Angabe „bis 47a“ ersetzt.

11. Nummer 8.4.2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden das Komma und die Wörter „z. B. der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)“ gestrichen.

b) Satz 2 wird gestrichen.

c) Der bisherige Satz 3 wird Satz 2.

12. Nummer 9.1.1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden nach dem Wort „BVG“ ein Komma und die Wörter „SGB XIV sowie ab dem 1. Januar 2025 nach dem SEG“ eingefügt und das Wort „Kriegsopferfürsorge“ durch die Wörter „Sozialen Entschädigung beziehungsweise der Soldatenentschädigung“ ersetzt.

13. Nummer 9.2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „50“ durch die Angabe „60“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„²Nach § 55 Absatz 1 Satz 3 bis 8, Absatz 2 und 3 SGB V können zusätzliche Leistungsansprüche erwachsen wie eine Erhöhung des Festzuschusses auf bis zu 75 Prozent.“

c) In Satz 3 werden die Wörter „(entspricht 65 Prozent der jeweiligen Regelversorgung)“ gestrichen.

14. In Nummer 9.3.2 werden nach dem Wort „BVG“ ein Komma und die Wörter „des SGB XIV sowie ab dem 1. Januar 2025 des SEG“ ersetzt.

15. Nummer 11.1.2 wird wie folgt gefasst:

„11.1.2 ¹Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind am Tag der Festsetzung der Beihilfe umzurechnen. ²Dabei ist der Interbankenkurs (<https://bankenverband.de/service/waehrungsrechner/>) zu Grunde zu legen. ³Wird der Umrechnungskurs für den Tag der Rechnung oder deren Begleichung nachgewiesen, ist dieser Tag abweichend von Satz 1 maßgeblich. ⁴Der Nachweis des Umrechnungskurses nach Satz 3 hat folgende Angaben zu enthalten:

a) Umrechnungsdatum,

b) Fremdwährungsbetrag,

c) Währung (möglichst alphabetischer Währungscode nach ISO 4217),

d) Eurobetrag,

e) Umrechnungskurs in Form 1 Euro = X Fremdwährung mit mindestens fünf Nachkommastellen und

f) Quelle des Umrechnungskurses (z. B. Währungsrechner des Auswärtigen Amtes, Währungsrechner des Bankenverbandes, Kreditinstitut, Bestätigung der ausländischen Dienststelle).“

16. Die Überschrift zu Nummer 18 wird wie folgt gefasst:

„18 Zu § 18 – Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen“.

17. Der Nummer 18.1 werden folgende Nummern 18.0, 18.0.1 und 18.0.2 vorangestellt:

„18.0 **Allgemein**

18.0.1 ¹Der Begriff „Menschen mit geistiger Behinderung“ steht für vielfältige Erscheinungsformen und Ausprägungsgrade intellektueller Einschränkungen und affektiven Verhaltens. ²Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert geistige Behinderung oder auch Intelligenzminderung als Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeit. ³Besonders beeinträchtigt sind dabei die Denkfähigkeit, die Sprachfähigkeit sowie motorische und sozio-emotionale Fähigkeiten. ⁴Als Nachweis genügt die Feststellung einer Diagnose ICD-10 F70 bis F79, der Bescheid zur Feststellung eines Grades der Behinderung beziehungsweise Schwerbeschädigung oder sonstige geeignete Unterlagen, die die genannten Einschränkungen belegen.

18.0.2 Ein „Krankheitsfall“ umfasst die Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Jahres.“

18. Nummer 18.1 wird wie folgt gefasst:

„18.1 ¹Die psychotherapeutische Sprechstunde dient der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung und des weiteren individuellen Behandlungsbedarfs. ²Es bedarf weder einer Anzeige gegenüber der Festsetzungsstelle noch einer Genehmigung durch diese. ³Auch ist eine psychotherapeutische Sprechstunde nicht verpflichtend vor anderen psychotherapeutischen Behandlungen. ⁴Auf Grundlage der Vorgriffregelung vom 17. Mai 2024 (GMBI. S. 406) mit Bekanntgabe am 24. Mai 2024 sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Sprechstunde als Einzeltherapie je Krankheitsfall für bis zu 6 Sitzungen in Einheiten von mindestens 25 Minuten beihilfefähig. ⁵Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind Aufwendungen für bis zu 10 Sitzungen je Krankheitsfall als Einzeltherapie beihilfefähig. ⁶Die Sitzungen sind nicht auf die beihilfefähigen Kontingente der Behandlungen von Kurz- oder Langzeittherapien anzurechnen.“

19. Nach Nummer 18.1 werden folgende Nummern 18.2 und 18.3 eingefügt:

„18.2 **Zu Absatz 2**

(unbesetzt)

18.3 **Zu Absatz 3**

(unbesetzt)“.

20. Die bisherige Nummer 18.2 wird Nummer 18.4 und die Überschrift wie folgt gefasst:

„18.4 **Zu Absatz 4“.**

21. Die bisherige Nummer 18.3 wird Nummer 18.5 und wie folgt gefasst:

„18.5 **Zu Absatz 5**

18.5.1 ¹Die somatische Abklärung dient der Feststellung inwieweit eine organische Erkrankung Ursache für die psychischen Beschwerden ist. ²Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung jederzeit eine somatische Abklärung einholen. ³Die somatische Abklärung bei einer dazu berechtigten Ärztin oder einem dazu berechtigten Arzt muss verpflichtend spätestens nach den probatorischen Sitzungen erfolgt sein.

18.5.2 Im Fall eines Gutachterverfahrens müssen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusätzlich zu dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter mit dem Formblatt 5 nach Anhang 2 den erforderlichen Konsiliarbericht einer Ärztin oder eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes) einholen.“

22. Die bisherige Nummer 18.4 wird Nummer 18.6 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„18.6 **Zu Absatz 6“.**

23. Nummer 18a.3.1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„³Gleiches gilt für im Rahmen der Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung begonnene und noch nicht abgeschlossene psychotherapeutische Behandlungen.

⁴Ist zur bisherigen Behandlung weder die Behandlungs- oder Anwendungsform noch die Anzahl der Behandlungen belegbar oder übersteigt die Fortführung das beihilfefähige Kontingent, so ist über die weitere psychotherapeutische Behandlung auf Grundlage eines förmlichen Psychotherapieantragsverfahrens zu entscheiden.“

b) Die bisherigen Sätze 3 bis 7 werden die Sätze 5 bis 9.

24. Nummer 18a.3.2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „im Gegensatz zur Langzeittherapie“ gestrichen.

b) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„⁴Folgt im Anschluss an den vergangenen Krankheitsfall diagnoseunabhängig innerhalb von zwei Jahren eine erneute Kurzzeittherapie ist die Festsetzungsstelle berechtigt ein Gutachterverfahren einzuleiten (§ 51 Absatz 1 Satz 4 BBhV).“

25. Nummer 18a.4.6 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „in dem einen Freiumschlag der Festsetzungsstelle“ durch die Wörter „an die Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person“ ersetzt und die Wörter „in dem anderen Freiumschlag“ gestrichen.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„²Pseudonymisierte Gutachten können auch elektronisch an die Festsetzungsstelle und die Therapeutin oder den Therapeuten übermittelt werden.“

c) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

26. In Nummer 18a.4.9 Satz 1 werden die Wörter „in dem einen Freiumschlag“ und die Wörter „in dem zweiten Freiumschlag“ gestrichen.

27. In Nummer 18a.4.12 Satz 1 werden die Wörter „für die Abrechnung der Nummer 808 der Anlage zur GOÄ“ gestrichen.

28. Nummer 18a.5 wird wie folgt gefasst:

„18a.5 **Zu Absatz 5**

Auch wenn von der Möglichkeit des § 18a Absatz 5 BBhV grundsätzlich Gebrauch gemacht wird, kann die Festsetzungsstelle in Zweifelsfällen für die Anerkennung der Maßnahme ein Gutachten einholen (§ 51 Absatz 1 Satz 4 BBhV).“

29. Nummer 18a.7 wird wie folgt gefasst:

„18a.7 **Zu Absatz 7**

Auf Grundlage der Vorgriffregelung vom 17. Juli 2024 (GMBI. S. 710) sind Aufwendungen für die Anwendung der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode ebenfalls im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Systemischen Therapie beihilfefähig.“

30. Nummer 19.1 wird wie folgt gefasst:

„19.1 **Zu Absatz 1**

(unbesetzt)“.

31. Nummer 20.1 wird wie folgt gefasst:

„20.1 **Zu Absatz 1**

(unbesetzt)“.

32. Nummer 20a.1 wird wie folgt geändert:

- a) Die bisherigen Sätze 2 und 5 werden aufgehoben.
- b) Die bisherigen Sätze 3, 4 und 6 werden die Sätzen 2 bis 4.

33. Nummer 21.2 wird wie folgt gefasst:

„21.2 **Zu Absatz 2**

(unbesetzt)“.

34. Nummer 22.2 wird wie folgt gefasst:

„22.2 **Zu Absatz 2**

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

22.2.2 ¹Der Verweis auf die Arzneimittel-Richtlinie führt auch zur Anwendung der GKV üblichen Auslegungssystematik. ²Werden etwa in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie Arzneimittel für bestimmte Indikationen von der Erstattung ausgeschlossen, können Aufwendungen für das Arzneimittel bei anderen, nicht zum Ausschluss führenden Indikationen ohne Weiteres beihilfefähig sein. ³So können beispielsweise Arzneimittel, die zur Gewichtsreduktion führen und Lifestylecharakter haben, von der Erstattung ausgenommen, aber im Zusammenhang mit der Behandlung von Diabetes beihilfefähig sein.“

35. Nach Nummer 23.1.5 wird folgende Nummer 23.1.6 eingefügt:

„23.1.6 ¹Blankoverordnungen für Heilmittel (bspw. im Bereich der Ergotherapie), bei der die Heilmittelerbringer aufgrund der ärztlich festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können, sind anzuerkennen. ²Die sich an Richtwerten orientierenden Höchstbeträge der Anlage 9 BBhV können auf gegebenenfalls modifizierte Richtwerte im Falle einer Blankoverordnung umgerechnet werden.“

36. Nach Nummer 23.1.6 wird folgende Nummer 23.2 eingefügt:

„23.2 **Zu Absatz 2**

(unbesetzt)“.

37. Die bisherige Nummer 23.2 wird Nummer 23.3 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„23.3 **Zu Absatz 3“.**

38. Nummer 24.1.1 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 2 wird gestrichen.
- b) Der bisherige Satz 3 wird Satz 2.
- c) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„³Die Versorgung im Rahmen einer Komplextherapie kann neben ärztlicher und therapeutischer Behandlung auch Heil- und Hilfsmittel sowie digitale Unterstützungen umfassen.“

- d) In Satz 4 werden nach dem Wort „Neurodermitisschulungen,“ die Wörter „Versorgungsprogramme zu Long-/Post-COVID,“ eingefügt.

39. Nummer 24.1.2 wird wie folgt gefasst:

„24.1.2 ¹Die Angemessenheit der Höhe der Aufwendungen richtet sich nach § 6 Absatz 5 BBhV. ²Soweit Vereinbarungen mit Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern bestehen, gilt die vereinbarte Vergütung als angemessen. ³Liegt keine Vereinbarung vor, kann die Festsetzungsstelle eine vergleichbare Vereinbarung oder Abrechnungsregelungen wie GOÄ und DRG beziehungsweise Höchstsätze nach BBhV als Orientierungshilfe heranziehen. ⁴Ist dies nicht möglich, sind die entstandenen Aufwendungen entsprechend Urteil BVerwG vom 16. Juli 2020 - 5 C 6.19 - der Höhe nach wirtschaftlich angemessen, wenn und soweit keine gleich wirksame preisgünstigere Behandlung zur Verfügung steht.“

40. Nummer 24.4.1 wird wie folgt gefasst:

„24.4.1 ¹Der Begriff der „integrierten Versorgung“ hat eine gewisse Entwicklung erfahren und wurde in § 140a SGB V nicht mehr als alleinige Anwendungsform einer besonderen Versorgung geregelt. ²Ziel der Regelung von § 24 Absatz 4 BBhV war die wirkungsgleiche Abbildung des Rechtsrahmens des § 140a SGB V. ³Nach Sinn und Zweck der Vorschrift können alle Aufwendungen einer besonderen Versorgung, die die Voraussetzungen nach § 140a SGB V erfüllen, nach Absatz 4 als beihilfefähig anerkannt werden. ⁴Die besondere Versorgung ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung, beispielsweise Krankenhäuser, ambulante ärztliche Versorgung, Heilmittelerbringer usw.) sowie eine besondere Versorgung unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften. ⁵Zur integrierten Versorgung gehören unter anderem auch Leistungen, die das „Netzwerk psychische Gesundheit“ erbringt.“

41. Die Nummer 25.1.2 wird aufgehoben und die Nummer 25.1.3 und 25.1.4 werden die Nummern 25.1.2 und 25.1.3.

42. Nach Nummer 25.6 werden folgende Nummern 25a, 25a.1, 25a.1.1, 25a.1.2 und 25a.2 eingefügt:

„25a Zu § 25a – Digitale Gesundheitsanwendungen

25a.1 Zu Absatz 1

25a.1.1 Eine digitale Gesundheitsanwendung mit erweitertem Anwendungsumfang gegenüber der Standardversion kann insbesondere dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn eine die digitale Gesundheitsanwendung nutzende Person behinderungsbedingte Einschränkungen hat und die Funktionen der erweiterten Version die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erst ermöglichen.

25a.1.2 Zwingend erforderliches Zubehör für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen können beispielsweise ein Energieband, Bewegungssensoren, Blutzuckersensoren usw. sein.

25a.2 Zu Absatz 2

Nummer 6.4.1 (Satz 1 und 2) gilt entsprechend.“

43. Nummer 26.1.2 wird wie folgt gefasst:

„26.1.2 Die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus kann bis zur Höhe des in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Absatz 1 Satz 4 KHG genannten Betrages (derzeit 45 Euro) täglich als beihilfefähig anerkannt werden.“

44. Nummer 26.1.3 wird wie folgt gefasst:

„26.1.3 ¹Kosten für die Wahlleistung Unterkunft in zugelassenen und nicht zugelassenen Krankenhäusern werden bis zur Höhe des pauschalen täglichen Höchstbetrages als beihilfefähig anerkannt. ²Der Höchstbetrag errechnet sich aus 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/landesbasisfallwerte.html>) i. V. m. der Vereinbarung gemäß § 10 Absatz 9 KHEntgG für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum). ³Der Höchstbetrag wird durch die jährliche Anpassung des Basisfallwerts zum 1. April eines Jahres angepasst.“

45. Nummer 26.1.4 wird wie folgt gefasst:

„26.1.4 ¹Eine Differenzierung zwischen Einbett- und Zweibettzimmer finden nicht mehr statt. ²Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so ist ebenfalls nur der pauschale tägliche Höchstsatz beihilfefähig.“

46. Nummer 26.1.6 wird aufgehoben.

47. Nummer 26.2 wird wie folgt gefasst:

„26.2 Absatz 2

Hinsichtlich der Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson außerhalb des Krankenhauses gilt Nummer 26.1.2 entsprechend.“

48. In Nummer 26a.1.1.2 Satz 1 werden die Wörter „der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz oder, sofern dieser noch nicht berechnet werden kann,“ gestrichen.

49. Nach Nummer 26a.6 werden folgende Nummern 26b, 26b.1 und 26b.2 eingefügt:

„26b § 26b – Übergangspflege im Krankenhaus

26b.1 Wenn im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder andere Pflegeleistungen nicht erbracht werden können, sind Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, für zehn Tage beihilfefähig.

26b.2 Aufwendungen für gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Übergangspflege sind im Gegensatz zu Aufwendungen für eine gesondert berechnete Wahlleistung für Unterkunft beihilfefähig.“

50. Nummer 27.1.1 und 27.1.2 werden wie folgt gefasst:

„27.1.1 ¹Die Verordnung sollte Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten. ²§ 27 BBhV schließt aber Blankoverordnungen nicht aus. ³Blankoverordnungen für häusliche Krankenpflege, bei der die Pflegefachkraft aufgrund der ärztlich festgestellten Diagnose und der Indikation für häusliche Krankenpflege selbst über die Häufigkeit und die Dauer der Behandlung (z. B. bei der Kompressionsbehandlung oder der akuten Wundbehandlung) bestimmen können, sind anzuerkennen.

27.1.2 Bei Prüfung des Entgelts ist es ausreichend, wenn die Pflegedienstleister bestätigen, dass die abgerechneten Sätze in dieser Höhe auch gegenüber der GKV abgerechnet werden.“

51. Nach Nummer 27.1.3 wird folgende Nummer 27.2 eingefügt:

„27.2 **Zu Absatz 2**

(unbesetzt)“.

52. Die bisherige Nummer 27.2 wird Nummer 27.3 und die Überschrift wie folgt gefasst:

„27.3 **Zu Absatz 3**“.

53. Die bisherigen Nummern 27.2.1 bis 27.2.8 werden die Nummern 27.3.1 bis 27.3.8.

54. Die bisherigen Nummern 27.3. bis 27.6 werden die Nummern 27.4 bis 27.7.

55. Nach Nummer 27.7 werden folgende Nummern 27a, 27a.1, 27a.1.1, 27a.1.2, 27a.1.3, 27a.1.4, 27a.2 und 27a.3 eingefügt:

„27a Zu § 27a – Außerklinische Intensivpflege

27a.1 **Zu Absatz 1**

27a.1.1 Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, die eine ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordert.

27a.1.2 ¹Anders 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. ²Das Erfordernis des besonders hohen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege kann 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. ³In diesem Fall bedarf es nicht der Vorlage der ärztlichen Verordnung als Nachweis bei der Festsetzungsstelle.

27a.1.3 Die Regelung erstreckt sich nicht nur auf beatmete Personen, sondern auch auf andere Fälle, in denen ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege notwendig ist.

27a.2 **Zu Absatz 2**

(unbesetzt)

27a.3 **Zu Absatz 3**

(unbesetzt)“.

56. In Nummer 30a.3 wird Satz 3 gestrichen.

57. Nummer 34.5.1 wird wie folgt gefasst:

„34.5.1 Bei ambulanten Maßnahmen gelten als Hin- und Rückfahrten auch die täglichen Fahrten zu und von der Einrichtung.“

58. In Nummer 34.5.3 wird Satz 2 gestrichen.

59. In Nummer 35.1.2.2 Satz 2 werden die Wörter „Aufwendungen der Kinder werden diesen nur zugerechnet“ durch die Wörter „Aufwendungen werden den Kindern nur dann zugerechnet“ ersetzt.

60. In Nummer 35.1.3 werden folgende Sätze 7 und 8 eingefügt:

„⁷Als Familien gelten Eltern beziehungsweise Erziehungsberechtigte und Geschwister des erkrankten Kindes. ⁸Als Familienmitglieder werden zudem alle Personen betrachtet, die wie eine Familie in häuslicher Gemeinschaft zusammenleben, beispielsweise Stiefgeschwister, Stiefeltern oder unverheiratete Partnerinnen und Partner.“

61. In Nummer 35.1.5.3 wird in Satz 4 die Angabe „Nummer 70“ durch die Angabe „Nummer 83“ ersetzt.

62. In Nummer 35.1.6.1 werden in Satz 1 die Wörter „vom 1. Januar 2011“ gestrichen.

63. In Nummer 35.2.1 werden in Satz 2 die Wörter „An- und Abreise einschließlich“ durch die Wörter „Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderung und“ ersetzt.

64. Nummer 36.1.1 wird wie folgt gefasst:

„36.1.1 In Zweifelsfällen kann die Festsetzungsstelle für die Anerkennung der Maßnahme ein Gutachten einholen (§ 51 Absatz 1 Satz 4 BBhV).“

65. Nummer 36.1.2 wird wie folgt gefasst:

„36.1.2 ¹Die Anerkennung erfolgt personenbezogen auf eine konkrete Rehabilitationsmaßnahme unter Angabe des genehmigten Zeitraums und einer konkreten Rehabilitationseinrichtung beziehungsweise eines Heil- oder Kurbades. ²Kann die Maßnahme aus einem wichtigen Grund (z. B. wegen einer notwendigen innerorganisatorischen Terminverschiebung oder einer Erkrankung der oder des Betroffenen, die eine Aufnahme in der Einrichtung nicht zulassen) nicht wie genehmigt angetreten werden, kann der Bescheid bis zum Tag vor Beginn der Maßnahme geändert werden. ³Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 nicht anerkannt worden oder wird sie nicht wie genehmigt durchgeführt, sind nur Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25 und 26 Absatz 1 Nummer 5 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.“

66. Nummer 36.1.3 wird wie folgt gefasst:

„36.1.3 ¹Die Notwendigkeit einer Begleitperson muss sich aus der ärztlichen Bescheinigung ergeben. ²Die Begleitperson benötigt keine gesonderte ärztliche Bescheinigung. ³Für Personen bis zum vollendeten 12. Lebensjahr wird die Notwendigkeit für eine Begleitperson unterstellt, es sei denn, aufgrund der Erkrankung ist dies kontraindiziert.“

67. Nummer 37.1 wird wie folgt gefasst:

„37.1 **Zu Absatz 1**

37.1.1 ¹Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist für die pflegebedürftige Person kostenfrei. ²Aufwendungen für eine Pflegeberatung werden der Festsetzungsstelle vom Träger der Pflegeberatung in Rechnung gestellt und sind direkt an diesen zu zahlen, wenn die Pflegeberatung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte und die Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 erfüllt sind. ³Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann die Pflegeberatung per Videokonferenz erfolgen.

37.1.2 Der Bund hat mit der compass private Pflegeberatung GmbH am 28. Juni 2013 einen Vertrag nach Satz 1 Nummer 2 geschlossen, wonach pro Beratungsgespräch eine Pauschale anfällt.

37.1.3 ¹Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI schafft einen Anspruch auf ein Fall- oder Versorgungsmanagement in Pflegesituationen und begrenzt auch aufgrund des meist progressiven Verlaufes der Pflegesituation die Anzahl der Beratungen nicht. ²Pflegeberatung ist als Prozess zu verstehen, sodass auch mehrfache Beratungen beihilfefähig sein können.

³Um bereits bei der Abrechnung eine Einschätzung der Beihilfefähigkeit zu gewährleisten, wurden folgende, sich an den Prozessschritten des § 7a SGB XI orientierende Begründungen vereinbart:

Kurz begründung (Rechnungsbestandteil)	Erläuterungen
Situationseinschätzung	Die Situation der pflegebedürftigen Person wird umfassend erfasst. Dafür wird ein Assessment durchgeführt.

Kurzbegründung (Rechnungsbestandteil)	Erläuterungen
Zielvereinbarung und Hilfeplanung	Ziele der Beratung werden geklärt, Maßnahmen erarbeitet, Verantwortlichkeiten festgelegt und bei Bedarf ein schriftlicher Hilfeplan erstellt.
Situationseinschätzung zzgl. Zielvereinbarung und Hilfeplanung	Die Situation der pflegebedürftigen Person wird umfassend erfasst. Dafür wird ein Assessment durchgeführt. Zusätzlich werden die Ziele der Beratung geklärt, Maßnahmen erarbeitet, Verantwortlichkeiten festgelegt und bei Bedarf ein schriftlicher Hilfeplan erstellt.
Begleitung und Umsetzung	Überprüfung des Umsetzungsstandes der vereinbarten Maßnahmen/ des Hilfeplans (Monitoring). Bei Notwendigkeit Anpassung der Ziele und Zuständigkeiten, Anpassung oder Ergänzung der Maßnahmen und Verantwortlichkeiten, Anpassung des Hilfeplans.
Zielvereinbarung und Hilfeplanung zzgl. Begleitung und Umsetzung	Ziele der Beratung werden geklärt, Maßnahmen erarbeitet, Verantwortlichkeiten festgelegt und bei Bedarf ein schriftlicher Hilfeplan erstellt. Überprüfung des Umsetzungsstandes der vereinbarten Maßnahmen/ des Hilfeplans (Monitoring). Bei Notwendigkeit Anpassung der Ziele und Zuständigkeiten, Anpassung oder Ergänzung der Maßnahmen und Verantwortlichkeiten, Anpassung des Hilfeplans.
Evaluation	Auswertung des Beratungsprozesses und der Umsetzung und Wirkung der Maßnahmen, abschließende Beurteilung der Zielerreichung.
Klärung aktuelles Anliegen	Bearbeitung aktueller Themen, abschließend oder gegebenenfalls Aufnahme in den laufenden Prozess

⁴Die einzelnen Prozessschritte können innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes kumulativ in einer Beratung, in mehreren Beratungen nacheinander oder mehrfach notwendig sein. ⁵Erschwernisfaktoren wie Begleitung bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Schwere und Art der Erkrankung, Auswirkungen des Alters der pflegebedürftigen Person, komplexe Versorgungssituation, fehlende Angehörige, fehlende Angebote vor Ort können Mehrfachberatungen auslösen. ⁶Aufgrund der statistischen Erfahrungen sind innerhalb eines Jahreszeitraumes zwei Beratungen nicht ungewöhnlich und können in der Regel abgerechnet werden.

⁷Sofern sich weder aus der Rechnung noch aus der Beihilfeakte Gründe für die (mehrfache) Abrechnung ergeben, ist eine unmittelbare Abklärung mit der compass private Pflegeberatung GmbH möglich.

37.1.4 ¹Die Pauschale kann auch dann an compass GmbH geleistet werden, wenn die Pflegeberatung vor Ort in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu einem formlosen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung steht, auch wenn das entsprechende Formular nicht im Anschluss an die private Pflegeversicherung zurückgesandt wird. ²Sobald dem Beihilfeberechtigten eine abschlägige Mitteilung seiner privaten Pflegeversicherung vorliegt, ist eine Abrechnung der Beratung vor Ort nicht mehr erstattungsfähig. ³Dies gilt nicht, wenn die beihilfeberechtigte Person Einspruch bei dem Versicherungsunternehmen erhebt, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, und hierüber noch nicht abschließend, etwa auf Grundlage eines Zweitgutachtens, entschieden worden ist.

37.1.5 Pflegeberatungen, die während der Zeit bis zum Abschluss dieses Widerspruchsverfahrens durchgeführt werden, sind durch die compass private Pflegeberatung GmbH abrechenbar.“

68. Nummer 38a.1.1 wird wie folgt gefasst:

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

Pflege-grad	Beihilfefähige Aufwendungen		
	ab 1.1.2022	ab 1.1.2024	ab 1.1.2025
2	724 Euro/Monat	761 Euro/Monat	796 Euro/Monat
3	1 363 Euro/Monat	1 432 Euro/Monat	1 497 Euro/Monat
4	1 693 Euro/Monat	1 778 Euro/Monat	1 859 Euro/Monat
5	2 095 Euro/Monat	2 200 Euro/Monat	2 299 Euro/Monat“.

69. Nummer 38a.2.1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „entlasten“ die Wörter „und pflegebedürftigen Personen helfen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können“ eingefügt.

b) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„³Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die nach Landesrecht bestimmte zuständige Behörde (§ 45a Absatz 1 Satz 3 i. V. m. Absatz 3 SGB XI).“

70. Nummer 38a.3.2 wird wie folgt gefasst:

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

Pflegegrad	Pauschalbeihilfe		
	ab 1.1.2017	ab 1.1.2024	ab 1.1.2025
2	316 Euro/Monat	332 Euro/Monat	347 Euro/Monat
3	545 Euro/Monat	573 Euro/Monat	599 Euro/Monat
4	728 Euro/Monat	765 Euro/Monat	800 Euro/Monat
5	901 Euro/Monat	947 Euro/Monat	990 Euro/Monat“.

71. Nummer 38a.3.3 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„⁴Die Vier-Wochen-Frist beginnt mit dem Aufnahmetag des Krankenhausaufenthalts oder der stationären Rehabilitation beziehungsweise mit dem ersten Tag der häuslichen Krankenpflege. ⁵Bei einer eingestellten Leistung setzt diese mit dem Entlassungstag beziehungsweise mit dem letzten Tag der häuslichen Krankenpflege wieder ein.“

b) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„⁷Bei einer Versorgung der pflegebedürftigen Person aufgrund der Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson ruht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe hingegen, solange sich die Pflegeperson in der Rehabilitationseinrichtung befindet und die pflegebedürftige Person mitversorgt wird (§ 38c Absatz 2 Satz 3 BBhV).“

72. Nummer 38a.6.1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden die Wörter „Satz 1 und 2“ durch die Wörter „Satz 2 und 3“ ersetzt.

b) Folgender Satz 3 wird angefügt:

„³Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann jede zweite Beratung per Video-Konferenz erfolgen.“

73. Nummer 38a.6.2 wird wie folgt gefasst:

„38a.6.2 Die Höhe der Vergütung für den Beratungsbesuch wird zwischen dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes und den Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften vereinbart (§ 37 Absatz 3c SGB XI).“

74. Nummer 38b.1 wird wie folgt geändert:

a) Nach dem Wort „Beispiele“ wird die Angabe „(Stand 1. Januar 2025)“ eingefügt.

b) Die Nummern 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„1. ¹Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (748,50 Euro von 1 497 Euro) und das Pflegegeld (299,50 Euro von 599 Euro) in Anspruch. ²Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 30 % von	=	224,55 Euro
748,50 Euro		
zum Pflegegeld: 30 % von 299,50 Euro	=	89,85 Euro
Gesamt	=	314,40 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 70 % von	=	523,95 Euro
748,50 Euro		
Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld: 299,50 Euro abzüglich des	=	209,65 Euro
Anteils der privaten Pflegeversicherung (30 %)		
Gesamt	=	733,60 Euro

2. ¹Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als pflegebedürftige Person des Pflegegrades 3 zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (748,50 Euro von 1 497 Euro) und das Pflegegeld (299,50 Euro von 599 Euro) in Anspruch. ²Die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. ³Als Person nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung		
	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 50 % von 748,50 Euro	=	374,25 Euro
	zum Pflegegeld: 50 % von 299,50 Euro	=	149,75 Euro
	Gesamt	=	524 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: in gleicher Höhe wie die Leistung der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 46 Absatz 4); 50 % von 748,50 Euro	=	374,25 Euro
	Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld: 299,50 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 149,75 Euro	=	149,75 Euro
	Gesamt	=	524 Euro“.

75. Nummern 38c wird wie folgt gefasst:

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

38c.1 Zu Absatz 1

38c.1.1 Aufwendungen für Verhinderungspflege sind nur für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 beihilfefähig.

38c.1.2 ¹Der beihilfefähige Betrag der Verhinderungspflege beträgt vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2024 1 612 Euro und vom 1. Januar bis 30. Juni 2025 1 685 Euro für längstens sechs beziehungsweise acht Wochen je Kalenderjahr. ²Die Hälfte des beihilfefähigen Betrages für Kurzzeitpflege kann auch für Aufwendungen für Verhinderungspflege genutzt werden.

38c.1.3 ¹Während einer Verhinderungspflege wird die Pauschalbeihilfe bis zu sechs beziehungsweise acht Wochen im Kalenderjahr (§ 38b Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 BBhV) zur Hälfte weitergezahlt, wenn vor der Verhinderungspflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. ²Bei Verhinderungspflege erfolgt keine Kürzung der Pauschalbeihilfe für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Verhinderungspflege. ³Für die Höhe der Pauschalbeihilfe ist die geleistete Höhe der Pauschalbeihilfe vor Beginn der Verhinderungspflege maßgebend.

38c.1.4 Für eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind Aufwendungen für Verhinderungspflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr beihilfefähig (§ 39 Absatz 4 Satz 1 SGB XI).

38c.1.5 ¹Ab dem 1. Juli 2025 gilt ein Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege (§ 42a SGB XI in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung). ²Der beihilfefähige Gesamtbetrag beträgt 3 539 Euro für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. ³Bereits verbrauchte Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.

38c.2 Zu Absatz 2

(unbesetzt)“.

76. Nummer 38d.1.1 wird wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege sind entsprechend § 41 SGB XI bis zu folgender Höhe beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen	
	ab 1.1.2017	ab 1.1.2025
2	689 Euro/Monat	721 Euro/Monat
3	1 298 Euro/Monat	1 357 Euro/Monat
4	1 612 Euro/Monat	1 685 Euro/Monat
5	1 995 Euro/Monat	2 085 Euro/Monat“.

77. In Nummer 38e.2 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31.12.2021 1 612 Euro und ab dem 01.01.2022 1 774 Euro“ durch die Wörter „vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2024 1 774 Euro und vom 1. Januar bis 30. Juni 2025 1 854 Euro“ ersetzt.

78. Nach Nummer 38e.3 wird folgende Nummer 38e.4 eingefügt:

„38e.4 Ab 1. Juli 2025 gilt Nummer 38c.1.5 entsprechend.“

79. In Nummer 38f.1 Satz 1 werden die Wörter „214 Euro pro Monat“ durch die Wörter „vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2024 214 Euro pro Monat und ab 1. Januar 2025 224 Euro pro Monat“ ersetzt.

80. Nummer 38g wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

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

b) Der bisherigen Nummer 38g.1 wird folgende Überschrift vorangestellt:

„38g.1 **Zu Absatz 1**“.

c) Die bisherigen Nummern 38g.1 bis 38g.3 werden die Nummern 38g.1.1 bis 38g.1.3.

d) Nach der Nummer 38g.1.3 werden die Nummern 38g.2, 38g.2.1 und 38g.2.2 eingefügt:

„38g.2 **Zu Absatz 2**

38g.2.1 Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a SGB XI sind beihilfefähig, wenn diese in dem beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten Verzeichnis digitaler Pflegeanwendungen aufgeführt sind (https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiPA/_node.html).

38g.2.2 Beihilfefähig sind nach dem Wortlaut des § 38g Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 BBhV nur Aufwendungen für die digitale Pflegeanwendung als solche. Aufwendungen für die Beschaffung, für den Betrieb oder die technische

Anbindung der Endgeräte sowie für die Anwendung von Telekommunikationsdienstleistungen sind nicht beihilfefähig.“

81. Nummer 38h.2.2 wird wie folgt gefasst:

„38h.2.2 Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sowie der Rentenversicherungsbeiträge für die versicherungspflichtigen Pflegepersonen sind monatlich zu leisten (§ 23 Absatz 1 SGB IV).“

82. Nummer 38h.2.3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„¹Die Rentenversicherungsbeiträge sind ab dem 1. Januar 2024 ausschließlich an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu zahlen.“

b) Der bisherige Satz 2 wird gestrichen.

c) Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden die Sätze 2 und 3.

83. In Nummer 38h.2.4 werden nach dem in Anführungszeichen gesetztem Wort „Ost“ die Wörter „(bis zum 31. Dezember 2024)“ eingefügt.

84. Nummer 39.1.1 wird wie folgt gefasst:

„39.1.1 ¹Die Aufwendungen für vollstationäre Pflege sind in Höhe der Ansprüche nach § 43 Absatz 2 und § 43c SGB XI beihilfefähig.

²Die Höhe des Anspruches nach § 43 SGB XI ist der Norm wie folgt unmittelbar zu entnehmen:

Pflegegrad	Beihilfefähige Aufwendungen	
	ab 1.1.2017	ab 1.1.2025
2	770 Euro/Monat	805 Euro/Monat
3	1 262 Euro/Monat	1 319 Euro/Monat
4	1 775 Euro/Monat	1 855 Euro/Monat
5	2 005 Euro/Monat	2 096 Euro/Monat

³Die Höhe des Anspruches nach § 43c SGB XI (Leistungszuschlag) bestimmt sich hingegen wie folgt prozentual an dem zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen und der Dauer der vollstationären Pflege:

Dauer der vollstationären Pflege	Leistungszuschlag	
	ab 1.1.2022	ab 1.1.2024
1. bis 12. Monat	5 %	15 %
13. bis 24. Monat	25 %	30 %
25. bis 36. Monat	45 %	50 %
ab 37. Monat	70 %	75 %“.

85. In Nummer 39.2.1 wird Satz 6 wie folgt gefasst:

„⁶Der Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI wird in den folgenden Beispielen berücksichtigt.“

86. Nummer 39.5 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „seit 1.1.2017 in Höhe von 2 952 Euro“ durch die Wörter „vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2024 in Höhe von 2 952 Euro und ab 1. Januar 2025 3 085 Euro“ ersetzt.
- b) Satz 3 wird gestrichen.

87. In Nummer 39a.1 wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„¹Beihilfefähig sind 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) vereinbarten Vergütung, höchstens jedoch 266 Euro beziehungsweise ab 1. Januar 2025 278 Euro monatlich.“

88. In Nummer 42.1.1.1 werden die Wörter „in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz. Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 16. September 2021 (BAnz. AT 26. November 2021 B4), in Kraft getreten am 1. Januar 2022“ durch die Wörter „in der Fassung vom 21. September 2023 (BAnz AT 14. Dezember 2023 B6), zuletzt geändert am 28. September 2023 (BAnz AT 18. Dezember 2023 B2), in Kraft getreten am 19. Dezember 2023“ ersetzt.

89. Nummer 43.7 wird wie folgt gefasst:

„43.7 Zu Absatz 7

43.7.1 Die Behandlung mit einer keimzellenschädigenden Therapie ist gegeben bei einer operativen Entfernung der Keimdrüsen, einer Strahlentherapie mit zu erwartender Schädigung der Keimdrüsen oder einer potentiell fertilitätsschädigenden Medikation.

43.7.2 Aufwendungen für eine Kryokonservierung vor einer Geschlechtsumwandung können als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. SG Berlin, 16. November 2022 - S 28 KR 63/22).

43.7.3 Ist vor Erreichen der Höchstaltersgrenze die Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung nach den Regelungen des § 43 BBhV nicht mehr notwendig oder möglich, beispielsweise bei wiederhergestellter Fertilität nach Chemotherapie oder aufgrund einer Operation mit einer Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter), sind die Aufwendungen für die Kryokonservierung nur bis zu diesem Zeitpunkt beihilfefähig.“

90. Nummer 47.3 wird wie folgt gefasst:

„47.3 Zu Absatz 3

47.3.1 Die Erhöhung des Bemessungssatzes in Ausnahmefällen ist im Gegensatz zu der Einzelmaßnahme nach § 6 Absatz 8 BBhV für mehrere anfallende krankheitsbedingte Aufwendungen vorgesehen.

47.3.2 Die Voraussetzungen nach Nummer 6.8 Satz 2 gelten entsprechend.“

91. In Nummer 49.1.5 wird die Angabe „§ 35 Absatz 2“ durch die Wörter „§ 34 Absatz 5 und § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 sowie Satz 4 BBhV“ ersetzt.

92. In Nummer 49.1.6 Satz 2 werden die Wörter „und einer ambulanten Anschlussheil- oder Suchtbehandlung“ gestrichen.
93. Nummer 49.2.2 wird wie folgt gefasst:
- „Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag:
- a) Entbindungen,
 - b) teilstationäre Behandlungen,
 - c) vor- und nachstationäre Behandlungen,
 - d) Behandlungen in Schlaflaboren,
 - e) ambulante Operationen im Krankenhaus,
 - f) Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus.“
94. Nummer 50.1.2 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 62“ durch die Angabe „§ 62 SBG V“ ersetzt.
 - b) Die Sätze 2 bis 5 und 7 werden gestrichen.
 - c) Die bisherigen Sätze 6, 8 und 9 werden die Sätze 2, 3 und 4.
95. Nach Nummer 50.1.7 wird folgende Nummer 50.1.8 eingefügt:
- „50.1.8 Die Festsetzungsstelle kann auf die Vorlage von Nachweisen zu den anrechenbaren Eigenbehalten und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verzichten, soweit diese bereits dokumentiert sind.“
96. In Nummer 50.3 werden in Satz 1 die Wörter „der Kriegsopferversorge“ durch die Wörter „Träger der sozialen Entschädigung“ ersetzt.
97. Nummer 51.2.2 wird wie folgt gefasst:
- „51.2.2 ¹Die Beihilfe, die auf Antrag regelmäßig wiederkehrend in gleichbleibender Höhe zu den Aufwendungen in Pflegefällen gezahlt werden kann und entsprechend festgesetzt worden ist, ist zu überprüfen und zu korrigieren, wenn die beihilfeberechtigte Person Änderungen mitteilt. ²Um Überzahlungen vorzubeugen, haben die Festsetzungsstellen nach einer zwölfmonatigen Beihilfegewährung die Anspruchsvoraussetzungen zu überprüfen. ³Dies kann beispielsweise bei häuslicher Pflege durch die Beratungsbesuche nach § 38a Absatz 6 BBhV erfolgen.“
98. In Nummer 51.3.2 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„¹Eine für die Abrechnung von Wahlleistungen immer im Vorfeld zwingend abzuschließende Wahlleistungsvereinbarung nach § 17 Absatz 2 KHEntgG ist nur auf Verlangen der Festsetzungsstelle vorzulegen.“
 - b) Folgender Satz 2 wird eingefügt:

„²Nummer 26.1.5 gilt entsprechend.“

c) Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden zu den Sätzen 3 und 4.

99. Nummer 51.8.1 wird wie folgt gefasst:

„51.8.1 Sofern nicht schon von der Möglichkeit des § 51 Absatz 8 Satz 2 BBhV Gebrauch gemacht wird, gilt die Antragsgrenze von 200 Euro dann nicht, wenn die beihilfeberechtigte Person aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.“

100. In Nummer 51.8.2 wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„¹Sofern nicht schon von der Möglichkeit des § 51 Absatz 8 Satz 2 BBhV Gebrauch gemacht wird, kann die Festsetzungsstelle zur Vermeidung von Härten Ausnahmen von der Antragsgrenze zulassen.“

101. In Nummer 51a.2.2 werden in Satz 2 die Wörter „eine fehlende Wahlleistungsvereinbarung oder“ gestrichen.

102. In Nummer 51a.2.4 werden das Komma und die Wörter „Abzugsbeträge für eine gesondert berechenbare Unterkunft nach § 26 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b“ gestrichen.

103. Nummer 54.1.2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 und 2 wird jeweils das Wort „Kriegsopferfürsorge“ durch die Wörter „der Sozialen Entschädigung“ ersetzt.

b) In Satz 1 und 3 wird jeweils die Angabe „§ 93 SGB XII oder § 27g BVG“ durch die Angabe „§ 141 SGB IX, § 93 SGB XII oder § 120 SGB XIV“ ersetzt.

104. Nummer 54.1.3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 81b BVG“ durch die Angabe „§ 121 SGB XIV“ ersetzt.

b) Das Wort „Kriegsopferfürsorge“ wird jeweils durch die Wörter „der Sozialen Entschädigung“ ersetzt.

105. In Nummer 54.1.4 wird in den Sätzen 1 und 3 jeweils das Wort „Kriegsopferfürsorge“ durch die Wörter „der Sozialen Entschädigung“ ersetzt.

106. In Nummer 55 werden in Satz 1 die Wörter „des Beihilfeantrags“ durch die Wörter „von Beihilfeangelegenheiten“ und die Wörter „einem Beihilfeantrag“ durch die Wörter „einer Beihilfeangelegenheit“ ersetzt.

107. Nach Nummer 58.4 werden die Nummern 58.5 bis 58.7 eingefügt und wie folgt gefasst:

„58.5 **Zu Absatz 5**

(unbesetzt)

58.6 **Zu Absatz 6**

(unbesetzt)

58.7 **Zu Absatz 7 - ab 1. Juli 2025**

(unbesetzt)“.

Artikel 2

Inkrafttreten

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Januar 2025 in Kraft.

Berlin, den 5. Dezember 2024

Bundesministerium des Innern und für Heimat

Im Auftrag

Walter