

Bundesbeihilfeverordnung

Kommentar

von

Leonhard Köhnen, Gerhard Schröder, Uwe Amelungk, Olaf Just

Grundwerk mit 63. Ergänzungslieferung

Verlag W. Reckinger Siegburg

Verlag C.H. Beck im Internet:

www.beck.de

ISBN 978 3 7922 0152 7

I.
Verordnung über
Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
(Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)

vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326),
in der Fassung der Vierten Verordnung zur Änderung der
Bundesbeihilfeverordnung
vom 12. Dezember 2012 (BGBl. I Nr. 59 S. 2657)

und

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur BBhV

vom 14. Februar 2009 (GMBL 2009 Nr. 8–11 S. 138),
in der Fassung der Neufassung
vom 13. Juni 2013 (GMBL 2013 S. 722)
– in Kraft getreten am 1. Juli 2013 –

Kapitel 1
Allgemeine Vorschriften

§ 1
Regelungszweck

Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in den gesetzlich vorgesehenen Fällen. Die Beihilfe ergänzt die gesundheitliche Eigenvorsorge, die in der Regel aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

VwV des BMI zur Durchführung der BBhV

1 Zu § 1 Regelungszweck

¹Die Beihilfe ist eine eigenständige ergänzende beamtenrechtliche Krankenfürsorge. ²Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die den Beamtinnen und Beamten und ihren Familien gegenüber bestehende beamtenrechtliche (Artikel 33 Absatz 5 GG) Fürsorgepflicht, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch eine zumutbare Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. ³Die Fürsorgepflicht verlangt jedoch

B I – zu § 1 BBhV

keine lückenlose anteilige Erstattung jeglicher Aufwendungen. ⁴Neben Beamtinnen und Beamten können weitere Personengruppen auf Grund spezialgesetzlicher Verweisungen einen Beihilfeanspruch haben (vgl. zum Beispiel § 27 Absatz 1 des Abgeordnetengesetzes [AbgG], § 46 des Deutschen Richtergesetzes [DRiG] und § 31 des Soldatengesetzes [SG]).

Erläuterungen

Übersicht

Einführung, Allgemeines

1. Grundsätzliche Vorbemerkungen zur Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
2. Normierungspflicht der tragenden Strukturprinzipien des Beihilferechts
 - 2.1 Grundsatz des Gesetzesvorbehalts im Beihilferecht
 - 2.2 Tragende Strukturprinzipien des Beihilferechts
 - 2.3 Gesetzliche Anspruchsnorm des § 80 BBG
 - 2.4 Ermächtigung zum Erlass der Bundesbeihilfeverordnung (§ 80 Abs. 4 BBG)
3. Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) in den Bundesländern
 - 3.1 Brandenburg
 - 3.2 Mecklenburg-Vorpommern
 - 3.3 Sachsen-Anhalt
4. Vom Bundesrecht abweichende Länderregelungen
 - 4.1 Baden-Württemberg
 - 4.2 Bayern
 - 4.3 Berlin
 - 4.4 Bremen
 - 4.5 Hamburg
 - 4.6 Hessen
 - 4.7 Niedersachsen
 - 4.8 Nordrhein-Westfalen
 - 4.9 Rheinland-Pfalz
 - 4.10 Saarland
 - 4.11 Sachsen
 - 4.12 Schleswig-Holstein
 - 4.13 Thüringen
5. Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) im kommunalen Bereich
 - 5.1 Kommunen im Land Brandenburg
 - 5.2 Kommunen im Land Mecklenburg-Vorpommern
 - 5.3 Kommunen im Land Sachsen-Anhalt

6. Ablösung der Beihilfeverpflichtungen im kommunalen Bereich durch Abschluss von Beihilfeversicherungen

Zu § 1 Satz 1 BBhV

7. Gesetzlich vorgesehene Anwendungsfälle
8. Abgrenzung der Beihilfe zu anderen Fürsorgeleistungen
9. Beihilfeberechtigte Personenkreise nach der gesetzlichen Anspruchsnorm des § 80 BBG
10. Beihilfeansprüche bei Abordnung in den Bundesdienst und bei Abordnung vom Bund zu einem anderen Dienstherrn
11. Personengruppen mit Beihilfeansprüchen aufgrund spezialgesetzlicher Verweisungen
 - 11.1 Richterinnen und Richter im Bundesdienst
 - 11.2 Soldatinnen und Soldaten
 - 11.3 Mitglieder der Bundesregierung
 - 11.4 Parlamentarische Staatssekretärinnen und Parlamentarische Staatssekretäre
 - 11.5 Mitglieder des Deutschen Bundestages
 - 11.6 Mitglieder des Europaparlaments
12. Beihilfeansprüche für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Tarifbeschäftigte) des Bundes

Zu § 1 Satz 2 BBhV

13. Wesen der Beihilfe
14. Ergänzende Hilfeleistung zur gesundheitlichen Eigenvorsorge
15. Alimentationsgrundsatz und Fürsorgeprinzip als Maßstäbe für die Gewährung von Beihilfen
 - 15.1 Sicherstellung des amtsangemessenen Lebensunterhaltes
 - 15.2 Fürsorgepflicht des Dienstherrn
 - 15.2.1 Unmittelbare Leistungsansprüche aus der Fürsorgepflicht
 - 15.2.2 Kein Anspruch auf lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen
16. Beihilfe als eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge
 - 16.1 Versicherungsfreiheit der Beamtinnen und Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung
 - 16.2 Allgemeine Krankenversicherungspflicht durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
 - 16.3 Versicherungspflicht in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung

Anhang zu § 1 BBhV

17. § 80 Bundesbeamtengesetz – BBG – (Textfassung)

BI – zu § 1 BBhV

Einführung, Allgemeines

1. Grundsätzliche Vorbemerkungen zur Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen

Die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen ergibt sich aus dem Alimentationsprinzip und der Fürsorgepflicht des Dienstherrn.

Nach dem zu den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums im Sinne des Art. 33 Abs. 5 GG gehörenden **Alimentationsprinzip** hat der Dienstherr seinen Beamtinnen und Beamten sowie deren Familien einen angemessenen Unterhalt zu gewähren und sie damit von der Notwendigkeit einer eigenen Daseinsvorsorge freizustellen (vgl. BVerfGE 58, 68). Die Dienstbezüge des Beamten sind dazu bestimmt, grundsätzlich den gesamten Lebensbedarf der Beamtin / des Beamten und ihrer/seiner Familie sicherzustellen. Erweist sich die Besoldung wegen besonderer Umstände als nicht ausreichend, muss der Dienstherr aufgrund der **Fürsorgepflicht** zusätzlich helfen. Zur Deckung dieser besonderen, den Normalfall übersteigenden Bedürfnisse dienen, von Gehaltsvorschüssen abgesehen, die Beihilfen. Sie stellen eine zusätzliche Hilfe des Dienstherrn in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen dar. Da der Dienstherr aufgrund der Fürsorgepflicht für das Wohl der Beamtin / des Beamten und ihrer/seiner Familie auch für die Zeit nach Beendigung des Beamtenverhältnisses zu sorgen hat (vgl. § 78 BBG), erstreckt sich seine Verpflichtung zur zusätzlichen Hilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen auch auf die Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger.

Für vor dem 1. August 1998 eingestellte Angestellte, Arbeiterinnen und Arbeiter (Tarifbeschäftigte) des Bundes ergibt sich eine entsprechende Verpflichtung aus den Tarifverträgen (vgl. hierzu auch Erläuterungen zu § 1 Satz 1 BBhV, Abschnitt 12).

Für Richterinnen und Richter im Bundesdienst besteht ein Anspruch auf Beihilfen aufgrund des Deutschen Richtergesetzes (DRiG), für Soldatinnen und Soldaten aufgrund des Soldatengesetzes (SG), für Mitglieder der Bundesregierung aufgrund des Bundesministergesetzes, für Parlamentarische Staatssekretärinnen und Parlamentarische Staatssekretäre aufgrund des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre (ParlStG), für Mitglieder des Deutschen Bundestages aufgrund des Abgeordnetengesetzes (AbgG), für vor Inkrafttreten des Abgeordnetenstatuts des Europäischen Parlaments ausgeschiedene Mitglieder des Europaparlaments und ihre Hinterbliebenen aufgrund des Europaabgeordnetengesetzes (EuAbgG) [vgl. hierzu auch Erläuterungen zu § 1 Satz 1 BBhV, Abschnitt 11].

2. Normierungspflicht der tragenden Strukturprinzipien des Beihilfe-rechts

In seinem Urteil vom 17. Juni 2004 – 2 C 50.02 – (BVerwGE 121, 103) hat das Bundesverwaltungsgericht u. a. entschieden, dass die als Verwaltungsvorschrift ergangenen Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) nicht den verfassungsrechtlichen **Anforderungen des Gesetzesvorbehalts** genügen. Die wesentlichen Entscheidungen über die Leistungen an Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit habe der Gesetzgeber zu treffen. Für eine vom Bundesverwaltungsgericht eingeräumte Übergangszeit konnten die bisherigen Beihilfavorschriften zwar noch weiter angewendet werden, der Gesetzgeber musste aber seiner **Normierungspflicht** in einem überschaubaren Zeitraum nachkommen und dabei mindestens die tragenden Strukturprinzipien des Beihilferechts gesetzlich regeln.

Das geforderte parlamentarische Gesetz musste zum einen das Leistungssystem bestimmen, das für Beamtinnen und Beamte sowie ihre Angehörigen die Absicherung vor den finanziellen Folgen von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit organisieren soll, zum anderen musste es festlegen, welche Risiken dabei erfasst werden sollen, welche generellen Aufwendungsarten beihilfefähig sind, welcher Personenkreis Leistungen beanspruchen kann, welche Beihilfeausschlüsse und Konkurrenzregelungen bei mehrfacher Anspruchsberechtigung gelten sollen und welche Beihilfebegrenzungen vorgesehen sind.

Im Rahmen des Dienstrechtsneuordnungsgesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) hat der Gesetzgeber in § 80 des neuen Bundesbeamtengesetzes (BBG) die **tragenden Strukturprinzipien des Beihilferechts** entsprechend den vorstehenden Forderungen des Bundesverwaltungsgerichtes geregelt und das Beihilferecht auf eine neue, verfassungsgemäße Grundlage gestellt.

2.1 Grundsatz des Gesetzesvorbehalts im Beihilferecht

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts gilt der aus dem Demokratie- und dem Rechtsstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 2 und 3 GG und dem dort verankerten Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung abgeleitete **Grundsatz des Vorbehalts des Gesetzes** auch für das Beihilferecht (vgl. u. a. Urteile des BVerwG vom 17. Juni 2004 – 2 C 50.02 – [BVerwGE 121, 103], vom 26. Juni 2008 – 2 C 2.07 – [BVerwGE 131, 234] oder vom 19. Juli 2012 – 5 C 1.12 – [DÖV 2013, 35]).

In seinem **Urteil vom 19. Juli 2012 – 5 C 1.12 –** (a. a. O. Rn. 12 und 13) führt das **Bundesverwaltungsgericht** hierzu Folgendes aus:

„Der Vorbehalt des Gesetzes [...] verlangt, dass staatliches Handeln in bestimmten grundlegenden normativen Bereichen durch förmliches Gesetz legitimiert

B I – zu § 1 BBhV

dem Antrag nicht entgegengehalten werden, er sei erst nach Ablauf des Kalenderjahres gestellt worden.“

15.2.2 Kein Anspruch auf lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen

Nach der ständigen Rechtsprechung verlangt die Fürsorgepflicht des Dienstherrn jedoch **keine lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen** (vgl. BVerfG, Beschluss vom 13. November 1990 - 2 BvF 3/88 - [BVerfGE 83, 89]; BVerwG, Urteil vom 21. Dezember 2000 - 2 C 39.99 - [BVerwGE 112, 308]).

Wegen des nur ergänzenden und in starkem Maße Angemessenheitserwägungen unterliegenden Charakters der Beihilfe müssen Beamte und Versorgungsempfänger durchaus auch gewisse Härten und Nachteile hinnehmen. Unzulässig ist nach gefestigter Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit lediglich, dass die verbleibenden, nicht beihilfefähigen Aufwendungen den Wesenskern der Fürsorge verletzen, weil die verbleibende Alimentation den amtsangemessenen Unterhalt nicht mehr sichert.

So ist es dem Gesetz- und Verordnungsgeber im Rahmen seines Gestaltungsspielraumes beispielsweise grundsätzlich erlaubt, die Beihilfeberechtigten zur Entlastung des Bundeshaushaltes und zur Stärkung des Kostenbewusstseins an bestimmten Beihilfeleistungen in der Form von Eigenanteilen zu beteiligen, jedenfalls soweit dies dem Einzelnen finanziell zugemutet werden kann und der amtsangemessene Lebensunterhalt gemessen an dem verfassungskräftig verbürgten Standard nicht ernstlich gefährdet oder beeinträchtigt ist.

Gleichfalls keinen Verstoß gegen die Fürsorgepflicht des Dienstherrn stellt dem Grunde nach die wirkungsgleiche Umsetzung von Regelungen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Das Bundesverfassungsgericht hat in einer Entscheidung zur Krankenhausversorgung festgestellt, dass die beamtenrechtliche Fürsorgepflicht nicht gebietet, einer Beamtin oder einem Beamten mehr zu gewährleisten als das, was den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als medizinisch gebotene Behandlung garantiert wird (vgl. BVerfG, Beschluss vom 7. November 2002, 2 BvR 1053/98, a. a. O.).

Auch wenn eine lückenlose Erstattung aller Kosten in Krankheitsfällen nicht geboten ist, muss eine medizinisch erforderliche Leistung für die oder den Beihilfeberechtigten auch tatsächlich finanziell zugänglich sein (vgl. BVerwG, Urteil vom 12. November 2009 - 2 C 61.08 - [NVwZ-RR 2010, 244]).

In seinem **Beschluss vom 18. Januar 2013 -5 B 44.12 -** führt das **Bundesverwaltungsgericht** zur Vereinbarkeit eines (teilweisen) Leistungsausschlusses mit der verfassungsrechtlichen Fürsorgepflicht Folgendes aus:

„Der Dienstherr ist von Verfassungs wegen grundsätzlich nicht gehindert, im Rahmen der nach medizinischer Einschätzung behandlungsbedürftigen Leiden

Unterschiede zu machen und die Erstattung von Behandlungskosten aus triftigen Gründen zu beschränken oder auszuschließen. Denn die verfassungsrechtliche Fürsorgepflicht fordert keine lückenlose Erstattung aller Kosten in Krankheits-, Geburts-, Pflege- oder Todesfällen, die durch die Leistungen einer beihilfenkonformen Krankenversicherung nicht gedeckt sind (stRSpr, vgl. BVerfG, Beschluss vom 13. November 1990 a. a. O.; BVerwG, Urteil vom 21. Dezember 2000 - BVerwG 2 C 39.99 - BVerwGE 112, 308 <310f.> = Buchholz 237.95 § 95 SHLBG Nr. 3 S. 3). Der Dienstherr muss zwar eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung im Krankheitsfall gewährleisten. Das bedeutet jedoch nicht, dass er die Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Leistung in jedem Fall erstatten muss. Er kann grundsätzlich bestimmte Leistungen ganz oder teilweise von der Beihilfe ausschließen, solange er dadurch den Maßstab des medizinisch Gebotenen nicht unterschreitet. Nach dem gegenwärtigen System sind Leistungen nur dann nicht auszuschließen, wenn der absehbare Erfolg einer Maßnahme von existenzieller Bedeutung oder notwendig ist, um wesentliche Verrichtungen des täglichen Lebens erledigen zu können (vgl. Urteil vom 31. Januar 2002 - BVerwG 2 C 1.01 - Buchholz 237.0 § 101 BaWüLBG Nr. 1 S. 3).“

16. Beihilfe als eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge

Die Beihilfe ist eine **eigenständige**, die Alimentation ergänzende, beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der **Versicherungsfreiheit der Beamtinnen und Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung** Rechnung trägt.

16.1 Versicherungsfreiheit der Beamtinnen und Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Versicherungsfreiheit der Beamtinnen und Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung beruht auf dem historischen Hintergrund der Einführung der sozialen Krankenversicherung. So stand bei Beginn der sozialen Krankenversicherung nicht so sehr die Deckung der unmittelbaren Krankenkosten (Arzt, Medikamente usw.) im Vordergrund; diese Aufwendungen konnten damals wegen ihrer recht geringen Höhe regelmäßig von allen Bevölkerungskreisen aus dem laufenden Einkommen bestritten werden. Vielmehr hatte die soziale Krankenversicherung in erster Linie eine Lohnersatzfunktion, d. h. sie sollte die finanzielle Absicherung der erkrankten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und ihrer Familien übernehmen. Dieser Hilfe bedurften die Beamtinnen und Beamten wegen ihres besonderen Dienstverhältnisses nicht.

Im Laufe der Zeit haben sich die Gewichtungen jedoch verschoben. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt heute im Wesentlichen die Aufgabe, die unmittelbaren Krankheitskosten zu decken. Auf Lohnersatzleistungen (Krankengeld) entfallen heute (Stand 2011) nur noch rd. 5 Prozent der Gesamtaufwendungen. Dieser langjährig zu beobachtende Trend der Kostenverlagerung führte letztendlich zu der Einführung des Beihilferechts in der heute bekannten Form.

BI – zu § 1 BBhV

Obwohl für die Beamtinnen und Beamten Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, wird von ihnen erwartet, dass sie eigenverantwortlich einen Schutz gegen Krankheitskosten schaffen. Die Mittel für eine derartige Vorsorge sind mit einem Durchschnittssatz in den Dienstbezügen enthalten.

16.2 Allgemeine Krankenversicherungspflicht durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Mit Wirkung vom 1. Januar 2009 ist durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz für alle Personen mit Wohnsitz im Inland, also auch für Personen mit Beihilfeanspruch und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, eine allgemeine Versicherungspflicht eingeführt worden, die mindestens eine Absicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Seither müssen Beihilfeberechtigte die durch die Beihilfeleistungen nicht abgedeckten Aufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung absichern, soweit sie nicht (freiwillige) Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind (vgl. § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes – VVG).

Nach der Vorschrift des § 193 Abs. 3 VVG ist jede Person mit Wohnsitz im Inland, die weder gesetzlich versichert ist noch einen Anspruch auf Leistungen eines anderen Versorgungssystems hat, verpflichtet, den nicht von der Beihilfe abgedeckten Teil nach einem Tarif der privaten Krankenversicherung zu versichern, der mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei dem die absoluten und prozentualen Selbstbehalte für jede zu versichernde Person auf einen Betrag von jährlich 5.000 Euro begrenzt sind.

Ein Anspruch auf freie Heilfürsorge gilt ebenso als eine der Versicherungspflicht genügende Absicherung wie ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten.

Unabhängig vom Leistungsumfang genügt eine vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Teilversicherung der Versicherungspflicht, sofern keine konkreten Anhaltspunkte für die Annahme vorliegen, dass die bzw. der Beihilfeberechtigte die weder von der Beihilfe noch von der Krankenversicherung abgedeckten Krankheitskosten für sich und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht vollständig aus eigenen Mitteln bestreiten kann. Ein Tarif, der nur zahnärztliche Leistungen abdeckt, ist beispielsweise keine Teilversicherung, die der Versicherungspflicht genügt.

Die in Rede stehenden Bestandsverträge dürfen nicht so geändert werden, dass die Deckungslücke zwischen Versicherungsschutz und Beihilfeanspruch vergrößert wird. Zusätzlich dürfen die Selbstbehalte durch Änderungen nicht über den Maximalbetrag von 5.000 Euro je versicherte Person und Jahr (erstmalig oder weiter) erhöht werden.

§ 30 a

Neuropsychologische Therapie

(1) Aufwendungen für ambulante neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie

1. der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma und
2. durchgeführt werden von Fachärztinnen oder Fachärzten
 - a) für Neurologie,
 - b) für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,
 - c) Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder
 - d) Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

die zusätzlich zu ihrer Gebietsbezeichnung über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen.

Satz 1 gilt auch bei Behandlungen, die durchgeführt werden von

1. ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,
2. psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder
3. Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,

wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie, wenn

1. ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS oder ADS), Intelligenzminderung,
2. es sich um Hirnerkrankungen mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimerotyp, handelt,
3. die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.

B I – zu § 30 a BBhV

(3) Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen sowie
2. bei Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 25 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert
Regelfall	120 Behandlungseinheiten	60 Behandlungseinheiten
Ausnahmefall	40 weitere Behandlungseinheiten	20 weitere Behandlungseinheiten

3. bei Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 100 Minuten dauert
80 Behandlungseinheiten	40 Behandlungseinheiten

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die gesamte Behandlung nach Satz 1 Nummer 2 beihilfefähig.

VwV des BMI zur Durchführung der BBhV

30a Zu § 30 a Neuropsychologische Therapie

30a.1 Zu Absatz 1

Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiver) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonellen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (zum Beispiel Antrieb, Motivati-

on, Anpassungsfähigkeit des oder der Hirngeschädigten oder Hirnkranken).

30a.2 Zu Absatz 2

(unbesetzt)

30a.3 Zu Absatz 3

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

Erläuterungen

Übersicht

Einführung, Allgemeines

1. Einführende Erläuterungen und Hintergründe zu § 30 a BBhV (Neuropsychologische Therapie)
2. Beschreibung der Methode der neuropsychologischen Therapie

Zu § 30 a Abs. 1 BBhV

3. Indikationen (Positivkatalog)
4. Leistungserbringer

Zu § 30 a Abs. 2 BBhV

5. Indikationen (Negativkatalog)

Zu § 30 a Abs. 3 BBhV

6. Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen einer ambulanten neuropsychologischen Therapie
7. Wirtschaftliche Angemessenheit der Aufwendungen einer ambulanten neuropsychologischen Therapie

B I – zu § 30 a BBhV

Anhang zu § 30 a BBhV

8. Anlage I Nr. 19 der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung – Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung –

Einführung, Allgemeines

1. Einführende Erläuterungen und Hintergründe zu § 30 a BBhV (Neuropsychologische Therapie)

Die mit der Vierten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfverordnung vom 12. Dezember 2012 neu eingeführte Regelung des § 30 a BBhV bestimmt die Voraussetzungen und den Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulante neuropsychologische Therapie. Die Vorschrift orientiert sich am Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) vom 24. November 2012, mit dem die neuropsychologische Therapie als neue Anlage I Nr. 19 in die **Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (sog. MVV-Richtlinie)** und damit in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen worden ist. Bis dahin konnte die neuropsychologische Therapie in der Regel nur während einer stationären Akutbehandlung oder eines Aufenthaltes in einer stationären Reha-Einrichtung erbracht werden.

Die MVV-Richtlinie (MVV-RL) ist im Anhang der Erläuterungen zu § 6 BBhV abgedruckt.

Die Vorschrift des § 30 a BBhV ist am 20. Dezember 2012 (Tag nach der Verkündung der Vierten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfverordnung vom 12. Dezember 2012 im Bundesgesetzblatt) in Kraft getreten.

2. Beschreibung der Methode der neuropsychologischen Therapie

Die neuropsychologische Therapie definiert sich als Diagnostik und Therapie von geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung) unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren wie z. B. Antrieb, Motivation und Anpassungsfähigkeit der oder des Hirngeschädigten bzw. der oder des Hirnerkrankten. Ziel der neuropsychologischen Therapie ist es, die aus einer Schädigung oder Erkrankung des Gehirns resultierenden und krankheitswertigen kognitiven, emotionalen und motivationalen Störungen sowie die daraus folgenden psychosozialen Beeinträchtigungen und Aktivitätseinschränkungen der Patientin oder des Patienten zu erkennen und zu heilen oder zu lindern. Dabei ist

beim Fortbestehen von vorgenannten krankheitswertigen Störungen nach stationärer Akut- oder Rehabilitationsbehandlung eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung wünschenswert. Damit sollen die Chancen auf einen größtmöglichen Therapieerfolg bei gestörten höheren Hirnleistungsfunktionen besser als bisher genutzt werden. Die neuropsychologische Therapie wird bei diesen Patienten oft bereits während der stationären Akutphase eingeleitet und kann nunmehr auch ambulant fortgesetzt werden.

Zu § 30 a Abs. 1 BBhV

3. Indikationen (Positivkatalog)

Aufwendungen für ambulante neuropsychologische Therapie sind nur beihilfefähig, wenn sie der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen (hirnorganische Störungen) dienen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma. Daneben setzt die Durchführung von neuropsychologischer Therapie nach § 4 der Anlage I Nr. 19 MVV-RL das Vorliegen einer der folgenden Indikationen gemäß ICD-10 voraus:

- F04: Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt,
- F06.6: Organische emotional labile (asthenische) Störung,
- F06.7: Leichte kognitive Störung,
- F06.8: Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
- F06.9: Nicht näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
- F07: Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns.

Weiterhin muss eine Störung mit Krankheitswert in mindestens einer der folgenden Hirnleistungsfunktionen (Teilleistungsbereiche) vorliegen:

- Lernen und Gedächtnis,
- Höhere Aufmerksamkeitsleistungen,
- Wahrnehmung, räumliche Leistungen,
- Denken, Planen und Handeln,
- Psychische Störungen bei organischen Störungen.

BI – zu § 30 a BBhV

Ferner darf neuropsychologische Therapie nur angewandt werden, solange die basalen Aufmerksamkeitsleistungen vorhanden sind und eine positive Behandlungsprognose besteht.

Zur weiteren Abgrenzung der Indikationen definiert § 30 a Abs. 2 BBhV Sachverhalte, Erkrankungen und Schädigungen, bei denen die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie wegen mangelnder Wirksamkeit ausgeschlossen ist. Nähere Einzelheiten hierzu ergeben sich aus Abschnitt 5 der Erläuterungen zu § 30 a Abs. 2 BBhV.

4. Leistungserbringer

Zur Durchführung der ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und ambulanten neuropsychologischen Therapie sind berechtigt

1. Fachärztinnen oder Fachärzte für
 - a) Neurologie,
 - b) Nervenheilkunde,
 - c) Psychiatrie,
 - d) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - e) Neurochirurgie,
 - f) Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie und
 - g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
2. ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

Die vorstehende Aufzählung ist abschließend. Alle dort genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer müssen über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen, die inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder - soweit eine solche nicht besteht - gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer entspricht.

Nach der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer ist zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ die Erfüllung folgender Mindestkriterien nachzuweisen:

- Zwei Jahre klinische Vollzeitätigkeit bzw. entsprechend längere klinische Teilzeitätigkeit. Davon muss mindestens ein Jahr in einer stationären Einrichtung der Neurologie oder der Neurologischen Rehabilitation abgeleistet worden sein.

- 100 Stunden qualifizierte fallbezogene Supervision im Bereich „Klinische Neuropsychologie“ durch entsprechend qualifizierte Supervisoren.
- Dokumentation von fünf differenzierten Falldarstellungen im Bereich „Klinische Neuropsychologie“, aus denen neben der Darstellung der Ätiologie der Hirnfunktionsstörungen und gegebenenfalls der Lokalisation der Hirnschädigungen weitere relevante medizinische Daten, die neuropsychologische Diagnostik, die therapeutischen Maßnahmen, der Verlauf der Behandlung und deren Evaluation hervorgehen sollen. Dabei sollen unterschiedliche Störungsbereiche dargestellt werden. Von den fünf Kasuistiken sind zwei Begutachtungen (bzw. Darstellungen in Gutachtenform) einzureichen. Die Kasuistiken und Gutachten werden durch von der Kammer bestimmte Supervisorinnen oder Supervisoren beurteilt, die nicht an der Supervision der Begutachtung, Untersuchung oder Behandlung der Patienten beteiligt waren, die Gegenstand der Kasuistik oder Begutachtung sind.
- 400 Stunden theoretische Fortbildung im Bereich „Klinische Neuropsychologie“

In der ärztlichen Weiterbildungsordnung gibt es bislang keine entsprechende Zusatzbezeichnung. Ärztinnen und Ärzte, die eine Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung der spezifischen neuropsychologischen Diagnostik und Therapie erhalten wollen, müssen daher die oben genannten Inhalte inhaltsgleich oder gleichwertig nachweisen.

Zu § 30 a Abs. 2 BBhV

5. Indikationen (Negativkatalog)

Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie sind gemäß § 30 a Abs. 2 BBhV von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen, wenn

- ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung (insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität [ADHS oder ADS] oder Intelligenzminderung) behandelt werden oder
- es sich um Hirnerkrankungen mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium (insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimertyp) handelt oder
- die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.

Der Ausschluss erfolgt, da in den genannten Fällen aus medizinischen Gründen keine Wirksamkeit gegeben ist.

B I – zu § 30 a BBhV

Eine Gewährung von Beihilfen zu den Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie ist weiterhin ausgeschlossen, solange die medizinische Notwendigkeit einer stationären oder rehabilitativen Maßnahme gegeben ist.

Weitere Einzelheiten zu den Indikationen für eine ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie ergeben sich aus Abschnitt 3 der Erläuterungen zu § 30 a Abs. 1 BBhV.

Zu § 30 a Abs. 3 BBhV

6. Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen einer ambulanten neuropsychologischen Therapie

Die Vorschrift des § 30 a Abs. 3 BBhV regelt den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen einer ambulanten neuropsychologischen Therapie.

Die neuropsychologische Therapie kann in Form von Einzel- oder Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Bei einer Gruppenbehandlung ist die Teilnehmerzahl auf maximal fünf Patientinnen oder Patienten begrenzt.

Sofern dies medizinisch notwendig ist, kann die neuropsychologische Therapie auch außerhalb der Praxis/Einrichtung erbracht werden.

Vor Beginn einer neuropsychologischen Therapie sind für die krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik (ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen und unter Berücksichtigung von Vorbefunden) und zur spezifischen Indikationsstellung bis zu fünf **probatorische Sitzungen** beihilfefähig.

Bei neuropsychologischer Therapie, die als **Einzelbehandlung** durchgeführt wird, sind – ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen – je Krankheitsfall **im Regelfall** bis zu 60 Behandlungseinheiten von mindestens jeweils 50 Minuten Behandlungsdauer beihilfefähig.

Sofern es medizinisch erforderlich ist, kann die Einzelbehandlung auch in Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten Dauer mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (maximal 120 Behandlungseinheiten) erfolgen. Die Notwendigkeit hierfür ist gesondert zu begründen.

Im besonderen **Ausnahmefall** ist eine Überschreitung des vorgenannten Therapieumfangs um bis zu maximal 20 Behandlungseinheiten bei Therapieeinheiten von mindestens 50 Minuten bzw. um bis zu maximal 40 Behandlungseinheiten bei Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten je Krankheitsfall zulässig, wenn die Ergebnisse der neuropsychologischen Verlaufsdagnostik und der bisherige Behandlungsverlauf belegen, dass innerhalb der vorgegebenen Höchstanzahl der Behandlungseinheiten das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichen des Behandlungszieles bei Fortführen der Therapie in dem bestimmten erweiterten Zeitrahmen besteht.

Bei neuropsychologischer Therapie, die als **Gruppenbehandlung** durchgeführt wird, sind - ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen - je Krankheitsfall bis zu 40 Behandlungseinheiten von mindestens jeweils 100 Minuten Behandlungsdauer beihilfefähig.

Sofern es medizinisch notwendig ist, kann die Gruppenbehandlung bei gesonderter Begründung auch in Therapieeinheiten von mindestens 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (maximal 80 Behandlungseinheiten) erfolgen.

Bei einer **Kombination von Einzel- und Gruppentherapie** ist die gesamte Behandlung im Rahmen des für Einzelbehandlungen festgelegten Leistungsumfangs beihilfefähig.

7. Wirtschaftliche Angemessenheit der Aufwendungen einer ambulanten neuropsychologischen Therapie

Nach dem Grundsatz des § 6 Abs. 1 Satz 1 BBhV sind generell nur Aufwendungen beihilfefähig, die dem Grunde nach notwendig und **wirtschaftlich angemessen** sind. Die wirtschaftliche Angemessenheit bestimmt dabei die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen der Höhe nach.

Der Begriff der wirtschaftlichen Angemessenheit ist in der BBhV nicht allgemein definiert, sondern lediglich für einzelne Fallgruppen konkretisiert. So beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen nach dem Gebührenrahmen der maßgebenden Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) (vgl. § 6 Abs. 3 Satz 1 BBhV).

Weder die GOÄ noch die GOP, die hinsichtlich der Berechnungsfähigkeit psychotherapeutischer Leistungen auf die Abschnitte B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ verweist, enthalten Gebührenpositionen für neuropsychologische Leistungen. Die Abrechnung von ambulanten neuropsychologischen Leistungen, die als Privatbehandlung erbracht werden, kann somit nur im Wege einer **Analogbewertung** i. S. d. § 6 Abs. 2 GOÄ (ggf. i. V. m. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOP) erfolgen. Die analoge Bewertung muss einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des maßgeblichen Gebührenverzeichnisses entsprechen. Dabei liegt es nahe, sich an den Gebührenpositionen für psychotherapeutische Leistungen (Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) zu orientieren.

Die neuropsychologische Therapie weist wesentliche Therapieelemente der Verhaltenstherapie auf. Insofern ist es sachgerecht, der analogen Bewertung neuropsychologischer Behandlungen die GOÄ-Nr. 870 (bei Einzelbehandlung) und 871 (bei Gruppenbehandlung) zugrunde zu legen.

B I – zu § 30 a BBhV

Der analoge Ansatz der GOÄ-Nr. 870 für ambulante neuropsychologische Therapie, die als Einzelbehandlung durchgeführt wird, setzt eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten je Behandlungseinheit voraus. Entsprechend der Leistungsbeschreibung zu GOÄ-Nr. 870 ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten zulässig.

§ 56

Festsetzungsstellen

(1) Festsetzungsstellen sind

1. die obersten Dienstbehörden für die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiterinnen und Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden für die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs und
3. die Versorgungsstellen für die Anträge der Versorgungsempfängerinnen und der Versorgungsempfänger.

(2) Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Die Beihilfebearbeitung darf nur auf Behörden des jeweiligen Dienstherrn übertragen werden. Die Übertragung ist im Gemeinsamen Ministerialblatt zu veröffentlichen.

(3) Die Festsetzungsstellen haben die Abschlüsse für Arzneimittel nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel geltend zu machen.

VwV des BMI zur Durchführung der BBhV

56 Zu § 56 Festsetzungsstellen

56.0 Allgemein

- 56.0.1 Werden beihilfeberechtigte Personen innerhalb des Bundesdienstes abgeordnet, verbleibt es bei der Zuständigkeit der bisherigen Festsetzungsstelle.
- 56.0.2 Werden beihilfeberechtigte Personen zu einer Dienststelle außerhalb der Bundesverwaltung abgeordnet, bleibt die bisherige Festsetzungsstelle weiterhin zuständig.
- 56.0.3 Werden Beamte eines anderen Dienstherrn in den Bundesdienst abgeordnet, bleibt der bisherige Dienstherr für die Beihilfegewährung weiterhin zuständig.
- 56.0.4 Die abgebenden und die aufnehmenden Dienstherrn können von den Nummern 56.0.1 bis 56.0.3 abweichende Regelungen treffen.
- 56.0.5 Mit der Wirksamkeit der Versetzungsverfügung ist die aufnehmende Behörde für die Beihilfegewährung zuständig.
- 56.0.6 Verlegt eine beihilfeberechtigte Person ihren Wohnsitz aus privaten Gründen ins Ausland, bleibt die für sie zuständige Festsetzungsstelle gegebenenfalls bis zu einer anderen Entscheidung der obersten Dienstbehörde weiterhin zuständig.

B I – zu § 56 BBhV

- 56.0.7 ¹Soweit nicht bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts ausnahmsweise eigene Dienstherreneigenschaft besitzen, ist Dienstherr der Bund (§ 2 BBG). ²Insoweit kann die Beihilfebearbeitung auch Festsetzungsstellen des Bundes außerhalb des eigenen Ressorts übertragen werden.
- 56.1 **Zu Absatz 1**
(*unbesetzt*)
- 56.2 **Zu Absatz 2**
(*unbesetzt*)
- 56.3 **Zu Absatz 3**
(*unbesetzt*)

Erläuterungen

Übersicht

Einführung, Allgemeines

1. Allgemeine Hinweise, einführende Erläuterungen zu § 56 BBhV

Zu § 56 Abs. 1 BBhV

2. Zuständige Festsetzungsstellen
3. Zuständigkeit bei Abordnung oder Versetzung
4. Zuständigkeit bei Wohnsitzwechsel ins Ausland

Zu § 56 Abs. 2 BBhV

5. Abweichende Regelungen

Zu § 56 Abs. 3 BBhV

6. Geltendmachung von Abschlägen für Arzneimittel nach dem Arzneimittelrabattgesetz – AMRabG –
 - 6.1. Ziele des Arzneimittelrabattgesetzes
 - 6.2. Rabattberechtigte Stellen und Rabattanspruch
 - 6.3. Herstellerrabatte nach § 130 a Abs. 1 bis 3 b SGB V
 - 6.3.1. Berechnungsgrundlagen der Herstellerrabatte
 - 6.3.2. Ermittlung der gültigen Herstellerrabatte
 - 6.4. Verfahren zur Geltendmachung von Arzneimittelrabatten
 - 6.4.1. Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH – ZESAR GmbH

- 6.4.2. Kooperationsvereinbarung als Voraussetzung für das Tätigwerden der ZESAR GmbH
- 6.4.3. Datenaustausch mit der ZESAR GmbH
 - 6.4.3.1. Rabattdatenlieferung an die ZESAR GmbH
 - 6.4.3.2. Abruf von Detaildaten zur Zusammensetzung von Zytostatika und sonstigen Fertigarzneimittelbestandteilen in parenteralen Zubereitungen
 - 6.4.3.3. Institutionskennzeichen (IK)
- 6.4.4. Rabattabrechnung und Abwicklung der Rabattforderung durch die ZESAR GmbH
- 6.4.5. Verjährung des Rabatanspruchs
- 6.4.6. Transaktionsgebühren
- 6.4.7. Abrufkosten im TAN-Verfahren
- 6.4.8. Nachgelagerte Prüfung der Rabattabrechnung durch Treuhänder
- 7. Exkurs: Rabatte nach § 130 b SGB V für Arzneimittel mit Zusatznutzen

Anhang zu § 6 BBhV

- 8. Gesetz über Rabatte für Arzneimittel – AMRabG
- 9. § 130 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V (Auszug)
- 10. § 130 b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V (Auszug)
- 11. Kooperationsvereinbarung über den Einzug der Rabatte nach § 1 AMRabG zwischen der ZESAR GmbH und den abschlagsberechtigten Stellen
- 12. Zusatzvereinbarung über die Teilnahme am TAN-Abrufverfahren zwischen der ZESAR GmbH und den abschlagsberechtigten Stellen

Einführung, Allgemeines

1. Allgemeine Hinweise, einführende Erläuterungen zu § 56 BBhV

Die Vorschrift des § 56 Abs. 1 BBhV bestimmt die nach § 51 Abs. 1 Satz 1 BBhV für die Bewilligung der Beihilfe zuständigen Festsetzungsstellen.

Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend von Absatz 1 regeln (vgl. § 56 Abs. 2 BBhV).

Mit der Regelung des § 56 Abs. 3 BBhV werden die Festsetzungsstellen verpflichtet, die Abschläge für Arzneimittel nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel – AMRabG – vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275) geltend zu machen.

B I – zu § 56 BBhV

Zu § 56 Abs. 1 BBhV

2. Zuständige Festsetzungsstellen

Zuständige Festsetzungsstellen für Entscheidungen über Beihilfe i. S. d. § 51 Abs. 1 Satz 1 BBhV sind

- a) die obersten Dienstbehörden für die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiterinnen und Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
- b) die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden für die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs und
- c) die Versorgungsstellen für die Anträge der Versorgungsempfängerinnen und der Versorgungsempfänger.

Gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 BBhV entscheiden die obersten Dienstbehörden über die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden.

Nach der Legaldefinition des § 3 Abs. 1 Bundesbeamtengesetz ist oberste Dienstbehörde einer Beamtin oder eines Beamten die oberste Behörde des Dienstherrn, in deren Dienstbereich die Beamtin bzw. der Beamte ein Amt wahrnimmt.

Welche Versorgungsstelle (Pensionsregelungsbehörde) für die Festsetzung von Beihilfen für die Versorgungsempfänger, deren Versorgung auf einem Bundesbeamtenverhältnis beruht, zuständig sind, ergibt sich aus der BMF-Zuständigkeitsanordnung Beihilfe – ZustAO Beih – vom 27. Januar 2000 (BGBl. I S. 1209), die durch die Anordnung vom 25. Oktober 2001 (BGBl. I S. 3227) geändert worden ist.

3. Zuständigkeit bei Abordnung oder Versetzung

Sofern die abgebenden und die aufnehmenden Dienstherrn keine abweichenden Regelungen treffen, gelten bei Abordnung oder Versetzung einer Beamtin oder eines Beamten folgende Zuständigkeiten:

Werden Beihilfeberechtigte innerhalb des Bundesdienstes abgeordnet, verbleibt es bei der Zuständigkeit der bisherigen Festsetzungsstelle.

Werden Beihilfeberechtigte des Bundes zu einer Dienststelle außerhalb der Bundesverwaltung abgeordnet, bleibt die bisherige Festsetzungsstelle weiterhin zuständig.

Werden Beihilfeberechtigte eines anderen Dienstherrn in den Bundesdienst abgeordnet, bleibt der bisherige Dienstherr für die Beihilfegewährung weiterhin zuständig.

6.4.3.2 Abruf von Detailedaten zur Zusammensetzung von Zytostatika und sonstigen Fertigarzneimittelbestandteilen in parenteralen Zubereitungen

Aufgrund des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG-ÄndG) vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990), welches im Zuge der 15. AMG-Novelle verabschiedet wurde, sind die Apotheken und weiteren Anbieter von Arzneimitteln seit dem 1. Januar 2010 verpflichtet, für die Abrechnung von **Fertigarzneimittelbestandteilen in parenteralen Zubereitungen**

- a) die Pharmazentralnummer (PZN) als Identifikationsschlüssel,
- b) die Stückzahl bzw. die Teilmenge und
- c) den abgerechneten Preis

aller bei der parenteralen Rezeptur verarbeiteten Fertigarzneimittel anzugeben (vgl. auch § 300 SGB V).

Mit dieser Verpflichtung hat der Gesetzgeber die Abrechnungsvoraussetzung für die Geltendmachung von Herstellerrabatten für rabattfähige Fertigarzneimittelbestandteile in parenteralen Zubereitungen – hierzu zählen insbesondere hochpreisige **Zytostatika** – geschaffen.

Die **abrechnungsfähige Menge** ergibt sich nach der vom Arzt auf dem Verordnungsblatt verordneten, nach Milligramm, Milliliter oder internationalen Einheiten bemessenen Wirkstoffmenge.

Ein bei der Zubereitung ggf. anfallender **Verwurf** ist in diesem Zusammenhang abrechnungsfähig. Bei einem Verwurf handelt es sich um eine nicht mehr weiterverarbeitbare Teilmenge. Eine Teilmenge ist die zur Herstellung der verordneten Menge aus einer Packungseinheit und/oder aus einer oder mehreren abgeteilten Packungseinheiten entnommene Menge.

Nicht angebrochene abgeteilte Packungseinheiten sind bis zum Erreichen des Verfalldatums weiterverarbeitbar. Nicht mehr weiterverarbeitbar sind Anbrüche, deren Haltbarkeitsdatum überschritten ist oder die aus rechtlichen Gründen nicht in einer anderen Rezeptur verarbeitet werden dürfen.

Die zubereitende Apotheke hat ihre Packungsgrößenwahl nach ihrem individuellen, im Zeitpunkt der Herstellung zu erwartenden wirkstoffbezogenen Versorgungsbedarf unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit vorzunehmen. Bei der Beurteilung der Haltbarkeit des Anbruchs des weiterverarbeitbaren Fertigarzneimittels sind die Angaben in der Fachinformation zu berücksichtigen.

Ein ggf. anfallender Verwurf wird der verarbeiteten Menge der letzten Zubereitung mit dem betreffenden Wirkstoff zugerechnet.

Da die zur Rabattanmeldung benötigten Detailedaten einer parenteralen Rezeptur aus Platzgründen nicht auf der Arzneimittelverordnung aufgedruckt wer-

B I – zu § 56 BBhV

den können, müssen diese von den Apotheken in elektronischer Form zum Abruf bereit gestellt werden. Die abgebende Apotheke übermittelt zu diesem Zweck auf elektronischem Wege die bundeseinheitlichen Kennzeichen (PZN), die Mengeneinheiten und die Abgabepreise der in parenteralen Zubereitungen enthaltenen Fertigarzneimittel an das im Einzelfall zuständige **Apothekenrechenzentrum** (ARZ). Die Datensätze werden im ARZ für die Dauer von drei Jahren zum Abruf bereit gehalten.

Zur Kennzeichnung einer parenteralen Zubereitung bedruckt die abgebende Apotheke das Verordnungsblatt mit einer **Sonder-PZN**, welche die Art der parenteralen Rezeptur klassifiziert. Folgende Sonderkennzeichen finden in diesem Zusammenhang Verwendung:

- 9999092 Zytostatika-Zubereitungen
- 9999100 individuell hergestellte parenterale Ernährungslösungen
- 9999123 individuell hergestellte parenterale antibiotikahaltige Infusionslösungen
- 9999146 individuell hergestellte parenterale Schmerzlösung
- 9999169 individuell hergestellte parenterale virustatikahaltige Infusionslösungen
- 9999152 individuell hergestellte parenterale Lösungen soweit nicht mit den Sonderkennzeichen 9999092, 9999100, 9999123, 9999146 oder 9999169 erfasst
- 2566993 Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen, patientenindividuellen Teilmengen im Rahmen einer Dauermedikation (z. B. Wochenblisten)
- 2567053 Ausezelung im Sinne des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V
- 2567461 Individuell hergestellte parenterale Lösungen mit Folinaten, die keine weiteren Wirkstoffe enthalten
- 2567478 Individuell hergestellte parenterale Lösungen mit monoklonalen Antikörpern

Zusätzlich zur Sonder-PZN drucken die abgebenden Apotheken eine **Transaktionsnummer (TAN)** als Zuordnungsmerkmal auf das Verordnungsblatt auf. Mit Hilfe der TAN kann die detaillierte Zusammensetzung der parenteralen Zubereitung mit PZN und Stückzahl oder Teilmenge der verarbeiteten Fertigarzneimittel bei den Apothekenrechenzentren elektronisch abgerufen werden.

Bei der TAN handelt es sich um einen 9-stelligen numerischen Schlüssel, dessen Wert im Bedarfsfall links mit führenden Nullen auf die angegebene Feldlänge aufgefüllt werden muss. Die Stelle 9 der TAN enthält eine Prüfziffer,

welche die TAN maschinell gegen Schreib- oder Zahlendrehfehler absichern soll. Die Prüfziffer wird aus den Stellen 1 bis 8 nach dem so genannten „Modulo-10-Verfahren“ berechnet.

Die TAN wird von der abgebenden Apotheke vergeben und muss innerhalb der Apotheke für mindestens ein Jahr eindeutig sein.

Die Apothekenrechenzentren (ARZ) sollen über eine Schnittstelle an die Integrationsplattform der ZESAR GmbH angebunden werden. Die Schnittstelle ist von der ZESAR GmbH in Kooperation mit dem Deutschen Apothekerverband (DAV) und Vertretern der ARZ bereits entwickelt und zur technischen Freigabe an die anzubindenden ARZ ausgeliefert worden. Ein Freigabetermin ist noch nicht abzusehen; insofern ist offen ist, wann mit einer Inbetriebnahme der Schnittstelle gerechnet werden kann (Stand Dezember 2013).

Der vorgesehene Prozess zur elektronischen Abholung von **Zytostatika- und Parenteraliادات** stellt sich wie folgt dar:

(1) Zum Abruf der Detaildaten über die Zusammensetzung einer parenteralen Zubereitung übermitteln die rabattberechtigten Stellen (Versicherungsunternehmen, Beihilfestellen) einen so genannten **TAN-Datensatz** an die Integrationsplattform der ZESAR GmbH. Dieser besteht aus

- der Transaktionsnummer (TAN) als Zuordnungsmerkmal zur Identifizierung des elektronischen Datensatzes über die Zusammensetzung der parenteralen Zubereitung [*9-stellig, numerisch*]
- dem Abgabedatum (Datum der Dispensierung) der Rezeptur [*10-stellig, numerisch im Format JJJJ-MM-TT*]
- dem Institutionskennzeichen der abgebenden Apotheke (Apotheken-IK) [*9-stellig, numerisch*] (vgl. hierzu auch Abschnitt 6.4.3.3),

Die Kombination aus TAN, Abgabedatum und Apotheken-IK muss innerhalb einer Übermittlungsdatei eindeutig sein.

(2) Die Integrationsplattform empfängt die TAN-Nachrichten von den Versicherungsunternehmen und Beihilfetägern, unterzieht diese einer formalen Überprüfung und leitet die validierten Datensätze an die ARZ weiter.

(3) Die ARZ ermitteln anhand der Kombination aus TAN, Abgabedatum und Apotheken-ID den zugehörigen Parenteraliاداتsatz und übertragen die Detaildaten über die bundeseinheitlichen Kennzeichen (PZN) und (Teil-)Mengen der in der angefragten parenteralen Rezeptur verarbeiteten Fertigarzneimittel an die Integrationsplattform der ZESAR GmbH.

(4) Die Integrationsplattform nimmt die Detaildaten über die Zusammensetzung der parenteralen Zubereitung entgegen und stellt diese für den jeweiligen Empfänger (Versicherungsunternehmen, Beihilfetäger) zum Abruf bereit. Zu diesem Zweck richtet ZESAR für jedes Versicherungsunternehmen und jeden

B I – zu § 56 BBhV

Beihilfeträger auf dem Server der Integrationsplattform ein eigenes Downloadverzeichnis ein, auf das per Datenschnittstelle oder über das unter <https://zs-dav.zesargmbh.com/> bereitgestellte Web-Portal zugegriffen werden kann. Die Datensätze werden im Downloadverzeichnis für die Dauer von einem Monat zur Abholung bereit gestellt. Erfolgt innerhalb dieser Frist kein Abruf, werden die Datensätze seitens ZESAR automatisiert gelöscht.

Nach Erhalt der Detaildaten über die Zusammensetzung einer parenteralen Zubereitung können die rabattberechtigten Stellen (Versicherungsunternehmen, Beihilfeträger) anhand der gelieferten Informationen **PZN-Datensätze** für die rabattfähigen Fertigarzneimittelbestandteile der Rezeptur generieren und über einen der unter Abschnitt 6.4.3 beschriebenen Übermittlungswege an die Integrationsplattform der ZESAR GmbH einreichen (vgl. hierzu auch Abschnitt 6.4.3.1).

(5) Die Abrechnungsplattform der ZESAR GmbH berechnet und saldiert die Abrufgebühren, die bei den Apotheken, den ARZ und der ZESAR GmbH für die Übermittlung der Parenteralialdaten anfallen, erstellt für jede rabattberechtigte Stelle einmal monatlich eine Gesamtabrechnung und übermittelt diese an die Integrationsplattform. Die Integrationsplattform nimmt die Rechnungsdatensätze entgegen und stellt diese dem jeweiligen Versicherungsunternehmen oder Beihilfeträger im Downloadverzeichnis zum Abruf zur Verfügung.

(6) Die Abrechnungsplattform der ZESAR GmbH verrechnet einmal monatlich die saldierten TAN-Abrufgebühren mit den eingezogenen Arzneimittelrabatten.

Einzelheiten zur Höhe und Verrechnung der Abrufgebühren im TAN-Verfahren ergeben sich aus Abschnitt 6.4.5.

6.4.3.3 Institutionskennzeichen (IK)

Die unter Abschnitt 6.4.3.1 angeführten **Institutionskennzeichen** werden durch die Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK), die durch die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger und die heutige Bundesagentur für Arbeit gebildet wurde, auf Antrag vergeben.

Das Institutionskennzeichen hat Aufnahme in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch gefunden und ist offizielles und eindeutiges Merkmal, auf dessen Grundlage der Schriftverkehr, der elektronische Datenaustausch und der maschinelle Zahlungsverkehr zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern abgewickelt wird (vgl. auch § 293 SGB V).

Art und Aufbau des Institutionskennzeichens sind bundeseinheitlich geregelt. Das Institutionskennzeichen ist neunstellig und baut sich wie folgt auf: