

GEMEINSAMES MINISTERIALBLATT

Seite 677

*des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz / des Bundesministeriums der Finanzen
des Bundesministeriums des Innern und für Heimat / des Auswärtigen Amtes
des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales / des Bundesministeriums der Verteidigung
des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft / des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
des Bundesministeriums für Gesundheit / des Bundesministeriums Digitales und Verkehr
des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz
des Bundesministeriums für Bildung und Forschung / des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
des Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen / der Beauftragten der Bundesregierung für Kultur und Medien*

HERAUSGEGEBEN VOM BUNDESMINISTERIUM DES INNERN UND FÜR HEIMAT

75. Jahrgang

ISSN 0939-4729

Berlin, den 13. August 2024

Nr. 33

INHALT

Amtlicher Teil

Seite

Bundesministerium der Finanzen

Bek. v. 9.7.24, Bekanntmachung der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) über die vom Verwaltungsrat der PBeaKK gefassten Beschlüsse zur 108. Änderung der Satzung PBeaKK 678

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft**Bundesamt für Verbraucherschutz und
Lebensmittelsicherheit**

Bek. v. 10.7.24, Erweiterung einer Ausnahmegenehmigung gemäß § 68 Abs. 1 und 2 Nr. 1 LFGB für das Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Margarine mit Zusatz von Vitamin D 696

Bek. v. 23.7.24, Ausnahmegenehmigung gemäß § 68 Abs. 1 und 2 Nr. 1 LFGB für das Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Quarkspeisen („Stay Strong Quarkcreme Natur“) mit Zusatz von Vitamin D 696

Bek. v. 23.7.24, Ausnahmegenehmigung gemäß § 68 Abs. 1 und 2 Nr. 1 LFGB für das Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Quarkspeisen („Stay Strong Quarkcreme Erdbeer-Limetten-Geschmack“) mit Zusatz von Vitamin D 697

**Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend**

RL v. 3.6.24, Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuschüssen und Leistungen für laufende Zwecke (Projektförderung) an bundeszentrale Träger und für Aufgaben der Familienpolitik des Bundes – Familienförderrichtlinie des Bundes – 698

Bundesministerium der Finanzen

Bekanntmachung der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) über die vom Verwaltungsrat der PBeaKK gefassten Beschlüsse zur 108. Änderung der Satzung PBeaKK

– Bek. BAnst PT v. 9.7.2024 – 31-3 –

108. Änderung der Satzung PBeaKK, beschlossen vom
Verwaltungsrat in seiner 11./VII. Sitzung am 27.6.2024;
von der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation
genehmigt am 3.7.2024

„1 Die Satzung wird wie folgt geändert:

1.1 `§ 22 Ruhen der Mitgliedschaft`

1.1.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Mitgliedschaft ruht auf Antrag, wenn und solange

- a) Leistungen nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (Heil- oder Krankenbehandlung) zustehen,
- b) Urlaub unter Wegfall der Besoldung bzw. Vergütung gewährt wird,
- c) bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt Versicherungspflicht in einer Krankenversicherung oder Anspruch auf kostenlose Krankenversorgung besteht.

Das Ruhen beginnt mit dem Tag des erstmaligen Anspruchs auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch oder mit dem Tag der Beurlaubung, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des maßgebenden Ereignisses eingeht, andernfalls mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt. Die Mitgliedschaft lebt wieder auf mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang eines entsprechenden Antrags folgt, spätestens mit dem Wegfall der Voraussetzungen.

1.2 `§ 23 Ruhen der Mitversicherung`

1.2.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Mitversicherung ruht auf Antrag,

- a) für Kinder, wenn und solange die Ehegattin, der Ehegatte, die Partnerin bzw. der Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft des Mitglieds in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder freiwillig versichert ist und Anspruch auf Familienversicherung besteht,
- b) für die Ehegattin, den Ehegatten, die Partnerin und den Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und Kinder, wenn und solange für sie Leistungen nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (Heil- oder Krankenbehandlung) zustehen.

Das Ruhen beginnt mit dem Tag des erstmaligen Anspruchs auf Familienversicherung oder des erstmaligen Anspruchs auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des maßgebenden Ereignisses eingeht, andern-

falls mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt. Die Mitversicherung lebt wieder auf mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang eines entsprechenden Antrags folgt, spätestens mit dem Wegfall der Voraussetzungen.

1.3 `§ 27b Ruhensbeitrag`

1.3.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Der Ruhensbeitrag wird ferner nicht erhoben für Zeiten des Ruhens der Mitgliedschaft/Mitversicherung während des freiwilligen Wehrdienstes, einer Wehrübung, einem Freiwilligendienst im Sinne des § 32 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d) Einkommenssteuergesetz oder eines Ruhens wegen Ansprüchen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch.“

1.4 `§ 30 Allgemeines`

1.4.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungen und Behandlungen; als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt gelten insbesondere Untersuchungen und Behandlungen, die in der Anlage 1 zu § 6 Absatz 4 Satz 2 Bundesbeihilfeverordnung ausgeschlossen sind,
- b) Untersuchungen und Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings,
- c) Gutachten, die nicht von der Postbeamtenkrankenkasse, sondern auf Verlangen des Mitglieds oder der mitversicherten Person veranlasst worden sind,
- d) medizinisch nicht notwendige ärztliche oder zahnärztliche Bescheinigungen,
- e) den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
- f) berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen,
- g) Endgeräte, deren Beschaffung, technische Anbindung und Betrieb sowie Telekommunikationsdienstleistungen, sofern telemedizinische Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien erbracht werden und die Aufwendungen für die Geräte und deren Betrieb nicht ausschließlich für die medizinische Untersuchung oder Behandlung erforderlich sind.“

1.5 `§ 30b Eigenbehalte, Zuzahlungen, Belastungsgrenzen`

1.5.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die erstattungsfähigen Aufwendungen mindern sich in folgendem Umfang (Eigenbehalte):

1. um jeweils 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5,- Euro (jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten) und höchstens um 10,- Euro bei

a) Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 33 Absatz 1 Buchstabe a) und b), Medizinprodukten gemäß § 33 Absatz 1 Buchstabe d) sowie Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysaten, Elementardiäten und Sondennahrung gemäß § 33 Absatz 3 Satz 1. Maßgebend ist der Apothekenabgabepreis oder der Festbetrag der jeweiligen Packung des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen, erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, mindern sich die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung,

b) Anschaffung einschließlich Miete von Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie von Körperersatzstücken gemäß § 35. Bei der Miete gilt dies nur für die erste Miete. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln erfolgt eine Minderung um 10 Prozent der Kosten, höchstens jedoch um 10,- Euro für den gesamten Monatsbedarf. Bei Bezug einer über einen Monatsbedarf hinausgehenden Menge an Hilfsmittel ist der Monatsbedarf die in der Rechnung bzw. Verordnung ausgewiesene Menge. Der Eigenbehalt gilt zum Zeitpunkt des Bezugs als angefallen. Der Mindestabzug in Höhe von 5,- Euro findet bei den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln keine Anwendung,

c) Fahrten bzw. An- und Abreisen mit Ausnahme der Fälle nach § 43 Absatz 1 und § 44. Hin- und Rückfahrten sind jeweils gesondert zu berücksichtigen. Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 37 entstehenden Fahrtkosten ist der Abzugsbetrag nur bei der ersten und letzten Fahrt des Behandlungsfalls zu berücksichtigen. Dies gilt bei ambulant durchgeführten Operationen unter Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in den jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer ärztlich verordneten – ambulanten – Chemo-/Strahlentherapieserie entsprechend,

d) Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag,

e) Soziotherapie je Kalendertag.

2. um 10,- Euro je Kalendertag bei

a) vollstationären Krankenhausleistungen gemäß § 37 und bei im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang an vollstationäre Krankenhausleistungen durchgeführten Anschlussheilbehandlungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe e); Entwöhnungsbehandlungen von Abhängigkeitskranken nach § 43 Absatz 1 Buchstabe f) und bei Behandlungen psychischer und psychosomatischer sowie neurologischer Erkrankungen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe g). Zusammen höchstens für insgesamt 28 Tage im

Kalenderjahr. Aufnahme- und Entlasstage zählen jeweils als 1 Tag,

b) Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe b).

3. um 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr von häuslicher Krankenpflege gemäß § 38 Absatz 1 bis 4 und um 10,- Euro für jede ärztliche Verordnung.‘

1.5.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Eigenbehalte nach Absatz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

a) Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ein Abzug erfolgt jedoch bei Fahrten nach § 39,

b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,

c) Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung nach § 47 einschließlich der dabei verwendeten Arzneimittel,

d) ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und Schutzimpfungen nach § 45 einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel. Bei zahnärztlichen Vorsorgeleistungen gilt dies für maximal zwei Kontrolluntersuchungen im Kalenderjahr,

e) Arznei- und Verbandmittel nach § 33 Absatz 1 Buchstabe a) und b), die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und

– in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder

– auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor vom Mitglied oder der mitversicherten Person selbst beschafft worden sind,

f) Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke nach § 35, sofern für die Anschaffung einschließlich Miete in Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 Bundesbeihilfeverordnung beihilfefähige Höchstbeträge vorgesehen sind,

g) Harn- und Blutteststreifen,

h) Arznei- und Verbandmittel nach § 33 Absatz 1, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 20 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zugrunde liegt,

i) Arzneimittel nach § 33 Absatz 1, wenn aufgrund eines Arzneimittelerückrufs oder einer von der zuständigen Behörde gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden musste.‘

1.5.3 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Auf Antrag des Mitglieds sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze für das laufende Kalenderjahr

a) Eigenbehalte nach Absatz 1 nicht mehr abzuziehen,

b) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige, Arzneimittel nach § 33 Absatz 1 Buchstabe a) in voller Höhe – Festbetragsarzneimittel im Sinne von § 33 Absatz 1 Satz 3 jedoch lediglich in Höhe des Festbetrages – als erstattungsfähig anzuzählen.‘

erkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:

- für Mitglieder bis zur Besoldungsgruppe A 8 sowie deren mitversicherte Angehörige 8,- Euro,
- für Mitglieder der Besoldungsgruppe A 9 bis A 12 sowie deren mitversicherte Angehörige 12,- Euro,
- für Mitglieder höherer Besoldungsgruppen sowie deren mitversicherte Angehörige 16,- Euro.

Mitglieder, die keinen Anspruch auf beamtenrechtliche Besoldung oder Versorgung haben, werden der Besoldungsgruppe zugeordnet, deren Jahresbetrag des Grundgehalts in der Endstufe der Höhe des Jahreseinkommens des Mitglieds entspricht. Der Antrag muss der Postbeamtenkrankenkasse spätestens bis zum Ablauf des Jahres zugehen, das auf das Jahr folgt, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

Bei fristgerechter Beantragung werden die über der Belastungsgrenze liegenden Eigenbehalte gemäß Satz 1 Buchstabe a) und die Aufwendungen gemäß Satz 1 Buchstabe b) erstattet. Die Belastungsgrenze beträgt für Mitglieder und deren mitversicherte Angehörige zusammen

- a) 2 Prozent des jährlichen Einkommens nach Absatz 4,
- b) 1 Prozent des jährlichen Einkommens nach Absatz 4 für chronisch Kranke gemäß der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Für die Ermittlung des Überschreitens der Belastungsgrenze werden die von der Postbeamtenkrankenkasse vorgenommenen Eigenbehalte nach Absatz 1 und die Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige, Arzneimittel gemäß § 33 Absatz 2 Buchstabe c) berücksichtigt. Als Eigenbehalt zu berücksichtigen ist der von der Postbeamtenkrankenkasse von den Kassenleistungen einbehaltene Betrag. Als Aufwendung für die verordneten, nicht verschreibungspflichtigen, Arzneimittel findet der Betrag Berücksichtigung, der sich nach Multiplikation mit der Tarifklasse des Versicherten ergibt. Maßgeblich für die jährliche Zuordnung ist der Zeitpunkt der Aufwendung bzw. der Zeitpunkt des Entstehens der den Eigenbehalt verursachenden Aufwendung. Das Mitglied hat das Einkommen nach Absatz 4, die Eigenbehalte und die Aufwendungen für die verordneten, nicht verschreibungspflichtigen, Arzneimittel nachzuweisen. Erhält das Mitglied Beihilfe nach Maßgabe der Bundesbeihilfeverordnung, gilt die Belastungsgrenze der Postbeamtenkrankenkasse ab dem Zeitpunkt als überschritten, zu dem die Belastungsgrenze der Bundesbeihilfeverordnung überschritten ist. Sofern das Mitglied Beihilfe nach landesrechtlichen Vorschriften erhält, gilt die Belastungsgrenze der Postbeamtenkrankenkasse ab dem Zeitpunkt als überschritten, zu dem die Belastungsgrenze der Bundesbeihilfeverordnung überschritten wäre.

1.5.4 Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Die Ermittlung der Belastungsgrenze erfolgt auf der Grundlage des jährlichen Einkommens des den Antrag betreffenden Vorkalenderjahres. Berücksichtigt wird

- a) das Einkommen im Sinne des § 39 Absatz 3 Satz 2 Bundesbeihilfeverordnung mit der Maßgabe, dass das Einkommen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners nicht berücksichtigt wird, wenn diese bzw. dieses Mitglied in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung oder Mitglied der Postbeamtenkrankenkasse ist; das Einkommen vermindert sich

- bei verheirateten oder in eingetragener Lebenspartnerschaft lebenden Mitgliedern um 15 Prozent und
- für jedes nach § 4 Absatz 2 Bundesbeihilfeverordnung berücksichtigungsfähige Kind um den sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag, und

- b) bei Mitgliedern oder mitversicherten Angehörigen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der sozialen Entschädigung getragen werden, abweichend von Buchstabe a) ein Einkommensbetrag in Höhe der jeweils maßgeblichen Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch; das Einkommen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners wird nicht berücksichtigt.

1.6 ‘§ 33 Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte’

1.6.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Erstattungsfähig nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 sind Aufwendungen für

- a) apothekenpflichtige Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes,
- b) Verbandmittel,
- c) Harn- und Blutteststreifen und
- d) Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.

Voraussetzung ist, dass die in Satz 1 genannten Produkte nach Art und Umfang ärztlich oder zahnärztlich verordnet worden sind oder bei einer ärztlichen Behandlung, einer zahnärztlichen Behandlung oder einer Behandlung eines Mitgliedes der Gruppe B 1, B 2, B 3 oder C oder einer bei diesem Mitglied mitversicherten Person durch eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker verbraucht worden sind. Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel, für die Festbeträge nach § 35 Absatz 3, 5 und 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt sind, sind nur bis zur Höhe der Festbeträge erstattungsfähig; den Festbetrag übersteigende Aufwendungen sind in medizinisch begründeten Einzelfällen oder in den in Richtlinien nach § 129 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fällen erstattungsfähig. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer angegeben sein, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden.

1.6.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) Arzneimittel, die in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und nach § 94 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung genannt sind, es sei denn, dass das jeweilige Arzneimittel im Einzelfall nicht zur Behandlung in dem für dieses Arzneimittel in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Anwendungsbereich, sondern zur Behandlung einer anderen Körperfunktionssteuerung, die eine Krankheit ist, eingesetzt wird und
 - es keine anderen zugelassenen Arzneimittel zur Behandlung dieser Krankheit gibt oder
 - die anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,
- b) verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von
 - Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,
 - Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,
 - Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oder
 - Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumorthherapie und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkomplex,sofern die Arzneimittel nicht für Personen bestimmt sind, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- c) nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, dass sie
 - für Personen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden, bestimmt sind,
 - für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden, auch, wenn das Arzneimittel auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor vom Mitglied oder der mitversicherten Person selbst beschafft werden musste,
 - bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard gelten und mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet werden; die erstattungsfähigen Ausnahmen ergeben sich aus Anla-

ge I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden und gemäß § 94 Absatz 2 des Fünften Buch Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung; erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für anthroposophische und homöopathische Arzneimittel zur Behandlung der in Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten schwerwiegenden Erkrankungen, wenn die Anwendung des jeweiligen Arzneimittels in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist,

- in der Fachinformation zum erstattungsfähigen Hauptarzneimittel als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben sind,
 - zur Behandlung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines erstattungsfähigen Arzneimittels auftreten können, eingesetzt werden; dabei muss die unerwünschte Arzneimittelwirkung lebensbedrohlich sein oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen,
- d) hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung, sofern sie nicht
 - für Personen unter 22 Jahren bestimmt sind oder
 - unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden,
 - e) Arzneimittel, bei denen nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist, es sei denn, sie
 - sind in Anlage 8 zu § 22 Absatz 4 der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt und erfüllen die dort genannten Voraussetzungen oder
 - werden von der Postbeamtenkrankenkasse als erstattungsfähig anerkannt,
 - f) traditionell angewendete Arzneimittel nach § 109 Absatz 3 und § 109a des Arzneimittelgesetzes mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise auf der äußeren Umhüllung oder der Packungsbeilage des Arzneimittels:
 - zur Stärkung oder Kräftigung,
 - zur Besserung des Befindens,
 - zur Unterstützung der Organfunktion,
 - zur Vorbeugung,
 - als mild wirkendes Arzneimittel,
 - g) traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a des Arzneimittelgesetzes,
 - h) gesondert ausgewiesene Versandkosten, es sei denn es handelt sich um Botendienstzuschläge bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken.

1.7 „§ 34 Heilmittel, Rehabilitationssport und Funktionstraining“

1.7.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel und die bei der Anwendung der Heilmittel ver-

brauchten Stoffe sind erstattungsfähig. Bei Ergotherapie genügt eine Verordnung durch eine Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten. Voraussetzung für eine Erstattungsfähigkeit ist, dass die Heilmittel in Anlage 9 zu § 23 der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt sind und die dort geregelten besonderen Voraussetzungen vorliegen. Das Heilmittel muss in einem der folgenden Bereiche nach Maßgabe des jeweiligen Berufsbildes von einer oder einem der nachfolgend aufgeführten Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer angewandt werden:

- a) Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
 - Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
 - Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister,
 - Krankengymnastin oder Krankengymnast,
- b) Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
 - Logopädin oder Logopäde,
 - Sprachtherapeutin oder Sprachtherapeut,
 - staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlafhorst-Andersen,
 - Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
 - klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
 - klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler,
 - Diplompatholinguistin oder Diplompatholinguist,
 - bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern und Poltern auch
 - Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
 - Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder
Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder
 - Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
- c) Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung
 - Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
 - Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,

- d) Bereich Podologie
 - Podologin oder Podologe,
 - medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,
- e) Bereich Ernährungstherapie
 - Diätassistentin oder Diätassistent,
 - Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
 - Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

1.8 '§ 35 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke'

1.8.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Erstattungsfähig nach Absatz 1 sind Aufwendungen für

- a) Anschaffung,
- b) Miete einschließlich Versorgungspauschalen, sofern die Aufwendungen nicht höher sind als die Aufwendungen der Anschaffung,
- c) Reparatur und Instandsetzung,
- d) Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen Gegenstandes in der bisherigen Ausführung; erfolgt die Ersatzbeschaffung desselben oder eines vergleichbaren Gegenstandes innerhalb von sechs Monaten seit der Anschaffung, ist eine erneute ärztliche Verordnung nicht erforderlich,
- e) Betrieb und Unterhaltung einschließlich erforderlicher Inspektion, Wartung und sicherheitstechnischer und messtechnischer Kontrolle bei Hilfsmitteln und
- f) Unterweisung in den Gebrauch.

In den Fällen von Satz 1 Buchstabe e) sind Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle nur in Höhe des 100,00 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig und nicht bei der Ermittlung der Eigenbehalte zu berücksichtigen sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

1.9 '§ 35a Digitale Gesundheitsanwendungen'

1.9.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind erstattungsfähig, wenn die digitalen Gesundheitsanwendungen

- a) in dem beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführten und im Bundesanzeiger nach § 139e Absatz 1 Satz 3 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch bekannt gemachten Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen aufgeführt sind und
- b) von einer Ärztin, einem Arzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten verordnet worden sind.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Standardversion der digitalen Gesundheitsanwendungen, sofern nicht

die medizinische oder therapeutische Notwendigkeit einer erweiterten Version durch Vorlage einer ärztlichen oder therapeutischen Bescheinigung nachgewiesen wird. Aufwendungen für Zubehör der digitalen Gesundheitsanwendung sind erstattungsfähig, wenn das Zubehör ausschließlich für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung zwingend erforderlich ist.'

1.9.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- a) die Beschaffung, den Betrieb und die technische Anbindung der zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Endgeräte,
- b) die zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Telekommunikationsdienstleistungen,
- c) Zweit- oder Mehrfachbeschaffungen der digitalen Gesundheitsanwendungen zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten; dies gilt auch für
- d) eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung, die Lizenzen für die Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet, und
- e) Zubehör, das den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen ist, etwa Aktualisierungs- oder Ergänzungssoftware für Betriebsprogramme, Kopfhörer, Mikrofone oder vergleichbare Hardware und digitale Waagen.'

1.10 '§ 37 Krankenhausleistungen'

1.10.1 Absatz 3 Buchstabe a) erhält folgende Fassung:

„(3) Abweichend von Absatz 2 Buchstabe a) sind die bei Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhäusern nach Absatz 1 Buchstabe b) entstandenen Aufwendungen wie folgt erstattungsfähig:

- a) bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden,
 - allgemeine Krankenhausleistungen nach Absatz 2 Buchstabe a) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Zugrundelegung des zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden, einheitlichen Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 Satz 5 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt,
 - die nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgegliederten Pflegepersonalkosten und zwar für jeden Belegungstag die maßgebliche Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes multipliziert mit dem in § 15 Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Betrages und
 - Zusatzentgelte, sofern sie in der Rechnung ausgewiesen sind, bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesenen Höhe;'

1.10.2 Absatz 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus für zehn Tage je Krankenhausbehandlung.'

1.10.3 Absatz 7 erhält folgende Fassung:

„(7) Zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit von Krankenhausleistungen ist das Mitglied verpflichtet, der Postbeamtenkrankenkasse auf Verlangen die vom Krankenhaus erstellte Rechnung und – sofern vorhanden – die Entlassungsanzeige vorzulegen, welche die für die Prüfung notwendigen Angaben aus § 8 Absatz 9 Krankenhausentgeltgesetz und § 17c Absatz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz enthalten.'

1.11 '§ 38 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit'

1.11.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig, wenn die häusliche Krankenpflege

- a) medizinisch erforderlich ist, um eine gebotene Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen oder um das Ziel einer erforderlichen ärztlichen Behandlung zu sichern; gleiches gilt, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist,
- b) nicht länger als vier Wochen dauert,
- c) nicht durch die erkrankte Person selbst oder durch eine andere, in deren Haushalt lebende, Person durchgeführt werden kann und
- d) im eigenen Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

Bei ambulanter Palliativversorgung und in sonstigen Ausnahmefällen können die Aufwendungen für einen über vier Wochen hinausgehenden Zeitraum als erstattungsfähig anerkannt werden, wenn die häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum erforderlich ist und dies in der Bescheinigung nach Absatz 3 bestätigt wird. Die zeitliche Befristung auf vier Wochen findet keine Anwendung, wenn eine Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung erforderlich ist.'

1.11.2 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Die medizinische Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege und deren voraussichtliche Dauer sind durch Vorlage einer Bescheinigung nachzuweisen. Diese Bescheinigung muss auch Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der häuslichen Krankenpflege enthalten. Die Bescheinigung muss erstellt sein durch

- a) eine Ärztin oder einen Arzt bei einer häuslichen Krankenpflege oder einer Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 6,
- b) eine Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde, für Neurologie, für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie bei einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege oder
- c) eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut darf in therapeutisch begründeten Fällen die Bescheinigung auch erstellen für Personen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Prüfung des Erstattungsanspruchs Nachweise über die Art und den zeitlichen Umfang der geleisteten Verrichtungen zu verlangen.

1.11.3 Absatz 5 erhält folgende Fassung:

„(5) Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts einer Pflegekraft der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger erstattungsfähig. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine in der Bescheinigung nach Absatz 3 für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft erstattungsfähig.“

1.12 „§ 38a Außerklinische Intensivpflege“

1.12.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind erstattungsfähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, eine ärztliche Bescheinigung zu verlangen, aus der sich der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, wie der Ort, die Dauer, der notwendige Umfang der medizinischen Behandlungspflege, insbesondere zur Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, hervorgeht. Bei einer Änderung des Gesundheitszustandes oder nach zwölf Monaten seit Erstellung der jeweiligen ärztlichen Bescheinigung kann die Postbeamtenkrankenkasse die Vorlage einer neuen ärztlichen Bescheinigung nach Satz 2 verlangen.“

1.12.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind – unter Anrechnung der erhaltenen Pflegepauschalen aus der Pflegeversicherung – folgende Aufwendungen erstattungsfähig:

- a) pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung,
- b) Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
- c) betriebsnotwendige Investitionskosten,
- d) Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Entfällt der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Aufwendungen nach Satz 1 für weitere sechs Monate ab Wegfall des besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege erstattungsfähig, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.“

1.12.3 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Aufwendungen nach § 38 sind nicht neben den in den Absätzen 1 und 2 genannten Aufwendungen erstattungsfähig.“

1.13 „§ 38b Familien- und Haushaltshilfe“

1.13.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe einschließlich der erforderlichen Fahrtkosten sind erstattungsfähig, wenn

- a) das den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte Person den Haushalt wegen einer außerhäuslichen Unterbringung (§§ 37, 38c Absatz 2, 40 Absatz 1, 43 und 44) nicht weiterführen kann,
- b) durch die Familien- und Haushaltshilfe ein an sich medizinisch erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt des Mitgliedes oder der mitversicherten Person vermieden werden kann,
- c) das den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte Person bei schwerer Krankheit oder bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, die Führung des Haushaltes noch nicht wieder – auch nicht teilweise – übernehmen kann,
- d) das den Haushalt führende Mitglied oder die den Haushalt führende mitversicherte Person verstorben ist.“

1.14 „§ 38c Palliativversorgung“

1.14.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind erstattungsfähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

1.14.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre palliativmedizinische Versorgung in einem Hospiz sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe erstattungsfähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.“

1.15 „§ 38d Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“

1.15.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„Erstattungsfähig sind entsprechend § 132g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.“

1.16 '§ 39 Fahrtkosten'

1.16.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aus Anlass einer Krankheit sind erstattungsfähig die Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

- a) im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen einschließlich vor- und nachstationären Krankenbehandlungen,
- b) anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus,
- c) anlässlich einer ambulanten Operation und damit in Zusammenhang stehenden Vor- oder Nachbehandlungen, wenn dadurch eine stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden wird,
- d) mit einem Krankentransportwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigt wird,
- e) zur ambulanten Behandlung einer Erkrankung; Früherkennungsmaßnahmen und Impfungen gemäß § 45 Absatz 1 und Absatz 3 sowie die Versorgung einschließlich Diagnostik in einer geriatrischen Institutsambulanz im Sinne des § 118a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind einer ambulanten Behandlung gleichzusetzen, oder
- f) um ein untergebrachtes, schwer erkranktes mitversichertes Kind zu besuchen, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und bei dem zur Sicherung des Therapieerfolgs regelmäßige Besuche der Eltern nötig sind.

Satz 1 gilt entsprechend für Fahrten, die durch Zahnärztinnen oder Zahnärzte oder durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nach § 28 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verordnet worden sind, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.‘

1.16.2 Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Nicht erstattungsfähig sind

- a) Aufwendungen für die Beförderung anderer Personen als der erkrankten Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,
- b) Aufwendungen für das Gepäck bei Benutzung privater Kraftfahrzeuge,
- c) Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen,
- d) Fahrt- und Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union, sofern hierzu das Aufenthaltsland verlassen wird.‘

1.17 '§ 42 Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen'

1.17.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht werden, sind abweichend von § 30 Absatz 2 Satz 7 und § 34 Absatz 1 erstattungsfähig. Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.‘

1.18 '§ 43 Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen'

1.18.1 Absatz 5 erhält folgende Fassung:

„(5) Bei Rehabilitationsmaßnahmen sind Aufwendungen erstattungsfähig für

- a) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen gemäß § 31,
- b) Arzneimittel und Verbandmittel gemäß § 33,
- c) Heilmittel gemäß § 34 Absatz 1,
- d) Familien- und Haushaltshilfe gemäß § 38b,
- e) Unterkunft, Verpflegung und Pflege,
- f) die Hin- und Rückfahrt mit
 - regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln oder mit privaten Kraftfahrzeugen einschließlich Gepäckbeförderungskosten,
 - einen aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen gemäß § 39 Absatz 1 Buchstabe d),
 - in den Fällen nach Absatz 1 Buchstabe a) und Absatz 1 Buchstabe e) und f) mit einem Taxi, wenn der Transport medizinisch notwendig ist; in den Fällen des Absatz 1 Buchstabe e) und f) muss die Postbeamtenkrankenkasse die Fahrt mit dem Taxi vor Beginn der Maßnahme anerkannt haben,
- g) den ärztlichen Schlussbericht,
- h) Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson,
- i) den tatsächlich erlittenen nachgewiesenen Verdienstausfall einer Begleitperson,
- j) die Kurtaxe, auch für die Begleitperson.

Bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe d) sind Aufwendungen für die Hin- und Rückfahrt nicht erstattungsfähig, sofern eine kostenfreie Transportmöglichkeit der Rehabilitationseinrichtung genutzt werden kann. Bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe a) bis c) sind Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens 21 Kalendertage (ohne Tag der An- und Abreise) erstattungsfähig. Die zeitliche Befristung auf 21 Kalendertage kann bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Buchstabe a) und Buchstabe c) verlängert werden, wenn die Postbeamtenkrankenkasse einer Verlängerung zustimmt. Eine Zustimmung wird erteilt, wenn die Verlängerung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Das Mitglied hat der Postbeamtenkrankenkasse ein fachärztliches Gutachten der Rehabilitationseinrichtung zu den medizinischen Gründen vorzulegen. Die Postbeamtenkrankenkasse ist berechtigt, zur Entscheidung über das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Verlängerung ein Gutachten eines Sachverständigen oder einer Sachverständigen-gesellschaft einzuholen.‘

1.19 '§ 44 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort'

1.19.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn die Postbeamtenkrankenkasse auf Antrag des Mitgliedes die Erstattungsfähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme

dem Grunde nach schriftlich anerkannt hat. Dies gilt auch für Aufwendungen, die für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson entstehen. Die Anerkennung setzt voraus, dass eine vom Mitglied mit dem Antrag vorzulegende ärztliche Bescheinigung Aussagen über die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme enthält und darüber, ob die Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine andere Heilmaßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht am Wohnort oder einem anderen Ort ersetzt werden kann. Anstelle einer ärztlichen Bescheinigung kann eine entsprechende Bescheinigung einer Psychologischen Psychotherapeutin, eines Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgelegt werden, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie besteht. Wird keine ärztliche Bescheinigung vorgelegt, oder enthält diese keine für eine Anerkennung ausreichenden Aussagen, ist die Postbeamtenkrankenkasse berechtigt, hierzu ein Gutachten bei einem Sachverständigen oder einer Sachverständigen-gesellschaft einzuholen. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von 4 Monaten nach der Anerkennung begonnen, entfällt die Erstattungsfähigkeit für die Aufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme. Gleiches gilt, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht in dem von der Postbeamtenkrankenkasse festgelegten Kurort durchgeführt wird. ,

1.19.2 Absatz 5 erhält folgende Fassung:

„(5) Anerkannte Kurorte sind die Heilbäder und Kurorte, die vom Bundesministerium des Innern und für Heimat durch Rundschreiben bekannt gegeben werden. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden. Die Postbeamtenkrankenkasse kann im Einzelfall einen anderen Kurort außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, der innerhalb der Europäischen Union liegt und nicht in der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat durch Rundschreiben bekannt gegebenen Übersicht enthalten ist, als geeignet anerkennen.“

1.19.3 Absatz 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort sind Aufwendungen erstattungsfähig für

- a) ärztliche und psychotherapeutische Leistungen gemäß § 31,
- b) Arzneimittel und Verbandmittel gemäß § 33,
- c) Heilmittel gemäß § 34 Absatz 1,
- d) Familien- und Haushaltshilfe gemäß § 38b,
- e) für Unterkunft und Verpflegung,
- f) die Hin- und Rückfahrt mit
 - regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln oder mit privaten Kraftfahrzeugen einschließlich Gepäckbeförderungskosten,
 - einen aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen gemäß § 39 Absatz 1 Buchstabe d),
 - mit einem Taxi, wenn der Transport medizinisch notwendig ist und die Postbeamtenkrankenkasse die Fahrt mit dem Taxi vor Beginn der Maßnahme anerkannt hat,

- g) Kosten für den ärztlichen Schlussbericht,
- h) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson,
- i) die Kurtaxe, auch für die Begleitperson.

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind für höchstens 21 Kalendertage (ohne Tag der An- und Abreise) erstattungsfähig. Für die Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson gelten die Voraussetzungen des § 43 Absatz 6 entsprechend.“

1.20 ‘§ 45 Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen’

1.20.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung von Krankheiten und zur medizinischen Vorsorge sind erstattungsfähig für

- a) eine einmalig durchgeführte ärztliche Maßnahme bei Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis Vollendung des 35. Lebensjahres, insbesondere Maßnahmen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus,
- b) eine jedes dritte Jahr durchgeführte ärztliche Maßnahme bei Personen ab Vollendung des 35. Lebensjahres; insbesondere Maßnahmen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus,
- c) ärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen und für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme,
- d) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko, wenn die Leistungen in einem der im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs nach Maßgabe der Anlage 14 zu § 41 Absatz 3 der Bundesbeihilfverordnung erbracht werden,
- e) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik und Gendiagnostik im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko, wenn die Leistungen durch eine Universitätsklinik des Verbundprojekts „Familiärer Darmkrebs“ nach Maßgabe der Anlage 15 zu § 41 Absatz 4 der Bundesbeihilfverordnung erbracht werden,
- f) ärztliche Maßnahmen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden (Untersuchungsstufen U1 bis U9) und ärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen nach Vollendung des 12. Lebensjahres bis zum vollendeten 15. Lebensjahr (Vorsorgeuntersuchung J1); die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und zur Jugendgesundheitsuntersuchung finden entsprechende Anwendung,

- g) ärztliche Maßnahmen bei Kindern nach Vollendung des 7. Lebensjahres bis zur Vollendung des 9. Lebensjahres (U10 – Vorsorge im Grundschulalter) und bei Kindern nach Vollendung des 9. Lebensjahres bis zur Vollendung des 11. Lebensjahres (U11 – Vorsorge in einer wichtigen Schulphase) und ärztliche Maßnahmen bei Jugendlichen nach Vollendung des 16. Lebensjahres bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (Vorsorgeuntersuchung J2),
- h) Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz,
- i) einmaliges Screening auf Bauchaortenaneurysmen für männliche Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, und
- j) ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV und Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind, bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.'

1.21 '§48 Aufwendungen im Ausland'

1.21.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

,'(3) Ohne Beschränkung auf die im Inland entstehenden Kosten sind außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 und 2 erstattungsfähig, wenn

- a) sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1.000,- Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
- b) in der Nähe der deutschen Grenze wohnende Versicherte bei akutem Behandlungsbedarf das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten,
- c) Versicherte zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder
- d) die Erstattungsfähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Erstattungsfähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Postbeamtenkrankenkasse beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist. Nach erfolgter Anerkennung können die Fahrtkosten nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes (je Kilometer 20 Cent) erstattet werden. In Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

Für Aufwendungen nach Absatz 1 von Mitgliedern der Gruppe B3 werden bei Dienstreisen ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland Leistungen in Höhe der nach Abschnitt IV Absatz 2 Leistungsordnung B zustehenden Beihilfe gewährt, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können.'

1.22 '§56 Leistungen aus der Zusatzversicherung bei Krankenhausbehandlungen'

1.22.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

,'(1) Bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung wird aus der Grundstufe, Aufbaustufe und Krankenhaustagegeldstufe für jeden Aufenthaltstag ein Krankenhaustagegeld ge-

zahlt. Dies gilt auch für Tage der Beurlaubung aus dem Krankenhaus aus medizinischen Gründen. Als vollstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von Satz 1 gelten auch eine stationäre Entbindung, eine vollstationäre Organspende, eine vollstationäre Versorgung in einem Hospiz oder eine Übergangspflege im Krankenhaus. Voraussetzung für einen Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld ist, dass

- a) Leistungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 37 oder nach § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden und das Krankenhaus ein Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet,
- b) Leistungen für eine stationäre Entbindung nach § 46 Buchstabe c) oder nach § 24f des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden,
- c) bei einer Spende von Organen oder Geweben Leistungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 36 Absatz 2 Satz 2 oder nach § 27 Absatz 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden oder
- d) Leistungen für eine vollstationäre Versorgung in einem Hospiz nach § 38c Absatz 2 oder nach § 39a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden oder
- e) Leistungen für eine vollstationäre Übergangspflege im Krankenhaus nach § 37 Absatz 6 erbracht werden.'

1.23 IV. Kapitel: Ergänzungsversicherung

1. Abschnitt: Ergänzungsversicherung bei Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch

'§61 Allgemeines zur Ergänzungsversicherung'

1.23.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

,'(1) Die Ergänzungsversicherung bei Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch hat die Aufgabe, den Versicherten mit Ansprüchen auf Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch ergänzende Leistungen zu gewähren.'

1.23.2 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

,'(3) Die Aufnahme in die Ergänzungsversicherung ist ab dem 01.01.1996 nicht mehr möglich. Die bisherigen Versicherungen bleiben bestehen, wenn und solange die Voraussetzungen dafür vorliegen.'

1.23.3 Absatz 4 erhält folgende Fassung:

,'(4) Sofern die Satzungsbestimmungen über die Ergänzungsversicherung eine Regelung enthalten, gelten die betreffenden übrigen Bestimmungen der Satzung entsprechend.'

1.24 '§61a (derzeit nicht belegt)'

1.25 '§61b (derzeit nicht belegt)'

1.26 '§61c Beendigung der Ergänzungsversicherung'

1.26.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

,'(1) Die Ergänzungsversicherung kann zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens bis zum 30. September eingehen.'

1.26.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Ergänzungsversicherung endet, wenn die Mitgliedschaft oder die Mitversicherung in der Grundversicherung wiederauflebt oder endet.“

1.27 `§ 61d (derzeit nicht belegt)`

1.28 `§ 61e Beiträge der Ergänzungsversicherung`

1.28.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Der monatliche Beitrag beträgt bei Ansprüchen nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch für

- a) Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige mit Ansprüchen auf
Heilbehandlung 0,31 Euro
- b) Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige mit Ansprüchen auf
Krankenbehandlung 0,92 Euro
- c) Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen mit Ansprüchen auf
Heil- und Krankenbehandlung 1,28 Euro
- d) allein ergänzungsversicherte Angehörige mit Ansprüchen auf
Heilbehandlung 0,31 Euro
- e) allein ergänzungsversicherte Angehörige mit eigenen oder
abgeleiteten Ansprüchen auf Krankenbehandlung 0,92 Euro
- f) mehrere ergänzungsversicherte Angehörige mit eigenen oder
abgeleiteten Ansprüchen auf Krankenbehandlung 1,28 Euro ,

1.28.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) In den Fällen des Absatzes 1 Buchstabe d), e) oder f) wird für die Ergänzungsversicherung kein Beitrag erhoben, wenn das Mitglied in der Grundversicherung den Beitrag für Mitglieder mit mitversicherten Angehörigen entrichtet.“

1.29 `§ 61f Leistungen aus der Ergänzungsversicherung`

1.29.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Mitglieder haben für sich und die mitversicherten Angehörigen Anspruch auf:

- a) Leistungen für Behandlungsarten usw., die dem Grunde nach nicht unter die Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch fallen,
- b) Leistungen für Behandlungsarten usw., für die im Rahmen der Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch nur ein Zuschuss gewährt wird,
- c) Leistungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, sofern die Voraussetzungen für den Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch nicht vorliegen.

Wird für eine Behandlungsart usw. anstelle einer Sachleistung nur ein Zuschuss nach Kapitel 23 des Vierzehnten Bu-

ches Sozialgesetzbuch gewährt, werden aus der Ergänzungsversicherung keine Leistungen gezahlt.“

1.29.2 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Mitglieder sind verpflichtet, vor Beginn der jeweiligen Behandlung usw. zunächst die Heil- oder Krankenbehandlung nach § 143 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch bei der zuständigen Stelle zu beantragen. Erst nach begründeter Ablehnung der Heil- oder Krankenbehandlung oder wenn nur ein Zuschuss gewährt wird, werden Leistungen aus der Ergänzungsversicherung gezahlt.“

1.29.3 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Die Leistungen nach Absatz 1 werden nach der Leistungsordnung für Mitglieder der Gruppe B 1 gewährt. Werden zu bestimmten Aufwendungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch Zuschüsse gezahlt (z. B. bei Zahnersatz für Hinterbliebene oder Familienangehörige), beschränken sich die Kassenleistungen auf den Teil der beihilfefähigen Aufwendungen, der dem Mitglied nach Zahlung des Zuschusses des Versorgungsamtes und der Beihilfe noch verbleibt; die oberste Grenze bilden jedoch die Leistungshöchstsätze nach Satz 1. Soweit die Leistungsordnung Abweichungen von der Rahmenbestimmung vorsieht, gelten diese Abweichungen auch für die Ergänzungsversicherung.“

1.30 `§ 74 Wirtschaftsplan`

1.30.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Der Wirtschaftsplan besteht aus den Teilen Grundversicherung (einschließlich Ergänzungsversicherung bei Anspruch auf Leistungen nach Kapitel 23 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch) und Zusatzversicherung (getrennt nach den einzelnen Stufen). Er muss alle im Geschäftsjahr zu erwartenden Erträge und Aufwendungen enthalten und ist in Ertrag und Aufwand auszugleichen.“

1.31 `§ 77 Anträge`

1.31.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Voraussetzung eines Anspruchs auf Erstattung ist ein Antrag des Mitglieds. Der Antrag ist der Postbeamtenkrankenkasse in Papierform vorzulegen. Dazu sind die von der Postbeamtenkrankenkasse bereitgestellten Vordrucke zu verwenden. Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Diese werden Eigentum der Postbeamtenkrankenkasse. Die Postbeamtenkrankenkasse kann zulassen, dass Leistungsanträge und die zugehörigen Belege elektronisch übermittelt werden. Die Postbeamtenkrankenkasse informiert die Mitglieder in geeigneter Weise über einen zugelassenen elektronischen Übermittlungsweg. Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Postbeamtenkrankenkasse zulassen, dass mitversicherte Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Zustimmung des Mitglieds Leistungen selbst beantragen können. Das Mitglied ist vor der Entscheidung anzuhören. Die vom Mitglied noch nicht beantragten Leistungen können nach dem Tod des Mitglieds von einer Erbin oder einem Erben beantragt werden. Der Nachweis der Erbenstellung ist durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde zu führen.“

1.32 `§ 78 Anzeige- und Mitwirkungspflichten`

1.32.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Kommt das Mitglied seinen Pflichten nach Absatz 1 Satz 1 und 2 nicht oder nicht rechtzeitig nach, sind zu Unrecht erbrachte Leistungen nach Maßgabe des § 30 Absatz 4 zurückzuzahlen. § 29 Absatz 4 findet Anwendung. Kommt das Mitglied seiner Pflicht aus Absatz 1 Satz 3 nicht oder nicht vollständig nach, sind die vom Mitglied beantragten Leistungen zu versagen; das Mitglied ist unter Fristsetzung schriftlich auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung hinzuweisen. Holt das Mitglied die Mitwirkung nach, ist die beantragte Leistung in Höhe des nachgewiesenen Anspruchs zu gewähren. Kommt das Mitglied seiner Verpflichtung zur Anzeige eines Wechsels seines Dienstherrn bzw. seines Arbeitgebers nicht oder nicht rechtzeitig nach und ist aufgrund des Wechsels ein Ausgleichszuschlag zu erheben, findet § 28 Absatz 3 Satz 3 Anwendung. Kommt das Mitglied seiner Verpflichtung zur Anzeige eines Wechsels des Dienstherrn

bzw. des Arbeitgebers nicht oder nicht rechtzeitig nach und wird ein Ausgleichszuschlag nach § 28 erhoben, ist abweichend von § 28 Absatz 3 Satz 3 der Ausgleichszuschlag bis zu dem Monat zu entrichten, zu dem die Voraussetzungen für den Wegfall des Ausgleichszuschlags nachgewiesen sind. Die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend, wenn die Postbeamtenkrankenkasse das Mitglied zur Auskunftserteilung aufgefordert hat oder wenn fehlerhafte Auskünfte erteilt werden.“

1.33 `§ 80 Ansprüche gegen Dritte und andere Leistungsträger`

1.33.1 Absatz 5 erhält folgende Fassung:

„(5) Hat das Mitglied oder eine mitversicherte Angehörige bzw. ein mitversicherter Angehöriger aufgrund gesetzlicher oder anderer Vorschriften einen Entschädigungsanspruch gegen einen Träger der Sozialen Entschädigung oder andere Stellen, besteht insoweit kein Leistungsanspruch gegen die Postbeamtenkrankenkasse.“

1.34 `Leistungsordnung A`

1.34.1 Nr. 3 Buchstabe a) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
3	Arznei- und Verbandmittel (§ 33)	
	a) Arzneimittel, Medizinprodukte, Verbandmittel und Harn- und Blutteststreifen – bei Bezug von einer im Vertragsverhältnis zur Postbeamtenkrankenkasse stehenden Apotheke – bei Verbrauch während einer ärztlichen Behandlung – bei Verbrauch und/oder Bezug während einer zahnärztlichen Behandlung	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 3 Buchstabe a)

1.34.1 Nr. 3 Buchstabe c) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
3	Arznei- und Verbandmittel (§ 33)	
	c) Botendienstzuschläge	Sachleistung

1.34.2 Nr. 5a erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
5a	Digitale Gesundheitsanwendungen (§ 35a)	
	Digitale Gesundheitsanwendungen	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 5a

1.34.3 Nr. 7 Buchstabe h) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
7	Krankenhausleistungen (§ 37)	
	h) Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus – in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger besteht – in den übrigen Fällen	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 7 unter Ziffer 1 Buchstabe j

1.34.4 Nr. 8a erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
8a	Außerklinische Intensivpflege (§ 38a)	
	Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht – in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8a

1.34.5 Nr. 8b erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
8b	Familien- und Haushaltshilfe (§ 38b)	
	a) Familien- und Haushaltshilfe – in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht – in den übrigen Fällen	Sachleistung unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 30b Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8b Buchstabe a) und b)
	b) Familien- und Haushaltshilfe durch nahe Angehörige	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8b Buchstabe c)

1.34.6 Nr. 8c erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
8c	Palliativversorgung (§ 38c)	
	Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Sinne des § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie § 37 Absatz 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und Aufwendungen bei stationärer, teilstationärer oder ambulanter Versorgung in Hospizen (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – in den Fällen, in denen eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer oder der Leistungserbringerin besteht – in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 8c

1.34.7 Nr. 8d erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
8d	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 38d)	
	Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen – in den Fällen, in denen eine Vereinbarung besteht – in den übrigen Fällen	Sachleistung Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nr. 8d

1.34.8 Nr. 13 Buchstabe m) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
13	Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 43)	
	m) Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderungskosten	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 13 unter Ziffer 1 Buchstabe l)

1.34.9 Nr. 14 Buchstabe f) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
14	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (§ 44)	
	f) Hin- und Rückfahrt	Erstattung entsprechend der Leistungsordnung B Nummer 14 unter Ziffer 1 Buchstabe f)

1.35 `Leistungsordnung B`

1.35.1 Nr. 3 Buchstabe c) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
3	Arznei- und Verbandmittel (§ 33)	
	c) Botendienstzuschläge	beihilfefähige Aufwendungen (höchstens 2,50 € zuzüglich Umsatzsteuer je Lieferort und Tag)

1.35.2 Nr. 5a erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
5a	Digitale Gesundheitsanwendungen (§ 35a)	
	Digitale Gesundheitsanwendungen	beihilfefähige Aufwendungen

1.35.3 Nr.7 Ziffer 1 Buchstabe j) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
7	Krankenhausleistungen (§ 37)	
	1. Mitglieder der Gruppe B1, B2, B3 und C: j) Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus	beihilfefähige Aufwendungen (bis zur Höhe der Vergütung nach der für das jeweilige Bundesland nach § 132m Fünftes Buch Sozialgesetzbuch geschlossenen Vereinbarung) abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b

1.35.4 Nr.7 Ziffer 2 Buchstabe b) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
7	Krankenhausleistungen (§ 37)	
	2. Mitglieder der Gruppe B3 bei Leistungen nach Abschnitt IV Absatz 2:	
	b) gesondert berechnete Unterkunft nach § 17 Krankenhausentgeltgesetz oder nach § 16 Satz 2 Bundespflegesatzverordnung bei Untersuchungen und Behandlungen in gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern	beihilfefähige Aufwendungen (bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich)

1.35.5 Nr.7 Ziffer 2 Buchstabe c) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
7	Krankenhausleistungen (§ 37)	
	c) gesondert berechnete Unterkunft bei Untersuchungen und Behandlungen in sonstigen Krankenhäusern im Sinne von § 107 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch	beihilfefähige Aufwendungen (bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich)

1.35.6 Nr.8 erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
8	Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 38)	
	a) vorübergehende häusliche Krankenpflege (z.B. Verbände anlegen, waschen, kochen)	beihilfefähige Aufwendungen unter Maßgabe einer Vereinbarung, die regelmäßig ab 20.000,- € monatlich zwischen PBeaKK und Leistungserbringer zu treffen ist, abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b

1.35.7 Nr.8a erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
8a	Außerklinische Intensivpflege (§ 38a)	
	Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	beihilfefähige Aufwendungen unter Maßgabe einer Vereinbarung, die regelmäßig ab 20.000,- € monatlich zwischen PBeaKK und Leistungserbringer zu treffen ist

1.35.8 Nr.8b erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
8b	Familien- und Haushaltshilfe (§ 38b)	
	a) Familien- und Haushaltshilfe	beihilfefähige Aufwendungen (pro Stunde bis zur Höhe des 1,17-fachen Betrages des sich aus § 1 Absatz 2 Mindestlohngesetz ergebenden Mindestlohns, aufgerundet auf volle Euro-Beträge); abzüglich der Eigenbehalte nach § 30b

1.35.9 Nr.8c erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
8c	Palliativversorgung (§ 38c)	

1.35.10 Nr.8d erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
8d	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 38d)	

1.35.11 Nr. 13 Buchstabe k) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
13	Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 43)	
	k) Familien- und Haushaltshilfe	entsprechend der Nummer 8b

1.35.12 Nr. 13 Buchstabe l) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
13	Rehabilitation, Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 43)	
	l) Hin- und Rückfahrt – mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln – mit privaten Kraftfahrzeugen – mit einem Taxi – mit einem Krankentransportwagen – mit dem Fahrdienst der Rehabilitationseinrichtung	tatsächliche Kosten bis zur niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck; bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe a) bis c) und g) insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme und bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt; 0,20 € je Entfernungskilometer insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme; bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt; entsprechend der Nummer 9 Buchstabe d) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b; bei Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe d) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt; entsprechend der Nummer 9 Buchstabe a) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b bei ambulanten Maßnahmen nach § 43 Absatz 1 Buchstabe e) und f) bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt

1.35.13 Nr. 14 Buchstabe f) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
14	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (§ 44)	
	f) Hin- und Rückfahrt – mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln – mit privaten Kraftfahrzeugen – mit einem Taxi – mit einem Krankentransportwagen	tatsächliche Kosten bis zur niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck; insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme 0,20 € je Entfernungskilometer insgesamt jedoch höchstens 200,00 € für die Gesamtmaßnahme entsprechend der Nummer 9 Buchstabe d) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b entsprechend der Nummer 9 Buchstabe a) jedoch ohne Abzug der Eigenbehalte nach § 30b

1.35.14 Nr. 17 Buchstabe d) erhält folgende Fassung:

Nummer	Art der Verrichtungen, Leistungen usw.	
1	2	3
17	Schwangerschaft und Geburt (§ 46)	
	d) Haus- und Wochenpflegekraft	beihilfefähige Aufwendungen bzw. entsprechend der Nummer 8 Buchstabe b)

2. Inkrafttreten

Die Änderungen treten rückwirkend zum 1.4.2024 in Kraft.“

GMBI 2024, S. 678

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft

Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit

Erweiterung einer Ausnahmegenehmigung gemäß § 68 Abs. 1 und 2 Nr. 1 LFGB für das Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Margarinen mit Zusatz von Vitamin D

– Bek. d. BVL v. 10.7.2024 – 111.11251.0.0214(2023) –

Der Vandemoortele Lipids Werke GmbH, 01257 Dresden, und der MCC Trading Deutschland GmbH, 40235 Düsseldorf, ist Folgendes mitgeteilt worden:

Die mit Bescheid vom 25. Oktober 2023 (GMBL 2023, S.1051) unbefristet erteilte und zuletzt mit Bescheid vom 6. März 2024 (GMBL 2024, S.357) erweiterte Ausnahmegenehmigung nach § 68 Absatz 1 und 2 Nummer 1 LFGB für das Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Margarinen mit Zusatz von Vitamin D in Höhe von 7,5 µg pro 100 g wird entsprechend dem Antrag der Vandemoortele Lipids Werke GmbH, 01257 Dresden, um ein weiteres Erzeugnis erweitert.

Des Weiteren lasse ich zu, dass die Erzeugnisse auch von der MCC Trading Deutschland GmbH, 40235 Düsseldorf, in Verkehr gebracht werden. Das Lebensmittel muss den von der Antragstellerin mit Antrag vom 23. Mai 2024 gemachten Angaben entsprechen.

Die amtliche Beobachtung der Vandemoortele Lipids Werke GmbH, 01257 Dresden, erfolgt weiterhin durch die Landeshauptstadt Dresden, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt Dresden, 01237 Dresden, und wird auf Kosten der Antragstellerin durchgeführt.

Die amtliche Beobachtung der MCC Trading Deutschland GmbH, 40235 Düsseldorf, erfolgt durch die Stadt Düsseldorf, Amt für Umwelt- und Verbraucherschutz, Institut für Verbraucherschutz und Veterinärwesen – 19/6, 40468 Düsseldorf, und wird auf Kosten der Antragstellerin durchgeführt.

Die sonstigen Bestimmungen des Bescheids vom 25. Oktober 2023 einschließlich der erteilten Auflagen bleiben weiterhin bestehen.

Bitte teilen Sie mir auch schriftlich mit, falls Sie das antragsgegenständliche Erzeugnis nicht weiter produzieren bzw. in Verkehr bringen.

GMBL 2024, S. 696

Ausnahmegenehmigung gemäß § 68 Abs. 1 und 2 Nr. 1 LFGB für das Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Quarkspeisen („Stay Strong Quarkcreme Natur“) mit Zusatz von Vitamin D

– Bek. d. BVL v. 23.7.2024 – 111.11251.0.0230(2024) –

Der OMIRA GmbH, 88214 Ravensburg und der Ravensburg Milchwerke GmbH, 88214 Ravensburg ist Folgendes mitgeteilt worden:

Gemäß § 68 Absatz 1 und 2 Nummer 1 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches (LFGB), in der Fassung der

Bekanntmachung vom 15. September 2021 (BGBl. I S. 4253), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 6. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 149) geändert worden ist, sowie § 1a des Gesetzes über den Übergang auf das neue Lebensmittel- und Futtermittelrecht vom 1. September 2005 (BGBl. I S. 2618, 2653), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. Juli 2021 (BGBl. I S. 3274) geändert worden ist, erteile ich im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle nachstehende Ausnahmegenehmigung:

Abweichend von § 1a Absatz 1 des Gesetzes über den Übergang auf das neue Lebensmittel- und Futtermittelrecht in Verbindung mit § 6 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 LFGB a.F. lasse ich ausnahmsweise zu, dass Quarkspeisen mit Zusatz von Vitamin D (0,8 µg pro 100 g Erzeugnis) von der Ravensburg Milchwerke GmbH, 88214 Ravensburg, behandelt, hergestellt und in Verkehr gebracht werden.

Des Weiteren lasse ich zu, dass die Erzeugnisse auch von der OMIRA GmbH, 88214 Ravensburg, in Verkehr gebracht werden.

Die Ausnahmegenehmigung gilt nur für den Stoff Vitamin D in den Erzeugnissen mit den im Antrag vom 28. Februar 2024 und Schreiben der Doehler GmbH, 64295 Darmstadt, vom 19. April 2024 gemachten Angaben.

Für die Ausnahmegenehmigung gelten folgende Auflagen:

Der Zusatz von Vitamin D ist an gut sichtbarer Stelle deutlich lesbar zu kennzeichnen.

Die amtliche Beobachtung der OMIRA GmbH, 88214 Ravensburg, erfolgt durch das Veterinär- und Verbraucherschutzamt Ravensburg, 88212 Ravensburg, und wird auf Kosten der Antragstellerin durchgeführt.

Die amtliche Beobachtung der Ravensburg Milchwerke GmbH, 88214 Ravensburg, erfolgt durch das Veterinär- und Verbraucherschutzamt Ravensburg, 88212 Ravensburg, und wird auf Kosten der Antragstellerin durchgeführt.

Nach § 68 Absatz 5 LFGB ist die Zulassung einer Ausnahme nur befristet möglich. In der Rechtssache C-282/15 vom 19. Januar 2017 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) jedoch entschieden, dass eine Regelung, die die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 68 LFGB selbst bei gesundheitlich unbedenklichen Stoffen nur befristet erlaubt, den Anforderungen der Artikel 6 und 7 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 nicht entspricht.

Das Urteil des EuGH entfaltet allgemeine Rechtskraft und bindet die deutschen Verwaltungsbehörden. Daher ist § 68 Absatz 5 LFGB aufgrund der Vorrangwirkung des Unionsrechts nicht anzuwenden, wenn nachgewiesen ist, dass gegen die Verwendung eines nach § 1a Absatz 1 des Gesetzes über den Übergang auf das neue Lebensmittel- und Futtermittelrecht in Verbindung mit § 6 Absatz 1 LFGB a.F. in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1, 2 oder 4 LFGB a.F. verbotenen Stoffes keine gesundheitlichen Bedenken bestehen.

Die Ausnahmegenehmigung wird daher im vorliegenden Fall entgegen § 68 Absatz 5 LFGB **unbefristet erteilt**. Sie kann jederzeit aus wichtigem Grund widerrufen werden.

Die hiermit erteilte Ausnahmegenehmigung verliert gemäß § 68 Absatz 2 Nummer 1 LFGB ihre Gültigkeit, falls die amtliche Beobachtung nicht mehr gewährleistet ist.

Jede Rezepturänderung ist mir vorab schriftlich mitzuteilen. Liegt eine wesentliche Rezepturänderung vor, ist das Lebensmittel erst verkehrsfähig, wenn die Ausnahmegenehmigung geändert oder eine neue Ausnahmegenehmigung erteilt wurde. Bitte teilen Sie mir auch schriftlich mit, falls Sie das antragsgegenständliche Erzeugnis nicht weiter produzieren bzw. in Verkehr bringen.

Ausdrücklich wird darauf aufmerksam gemacht, dass die hiermit erteilte Ausnahmegenehmigung keine Verkehrsfähigkeitsbescheinigung darstellt, da nur die antragsgegenständliche Verwendung des Stoffes im vorliegenden Erzeugnis einer Prüfung unterzogen wurde. Weitere Inhaltsstoffe sind nicht Gegenstand dieser Ausnahmegenehmigung. Eventuell bestehende Mängel, die aufgrund weiterer Inhaltsstoffe oder sonstiger Eigenschaften des Erzeugnisses vorliegen, können unabhängig von dieser Ausnahmegenehmigung dazu führen, dass das Erzeugnis nicht verkehrsfähig ist. Für die Einhaltung der lebensmittelrechtlichen Anforderungen, inklusive der Anforderungen an die Kennzeichnung der Erzeugnisse, ist die Inverkehrbringerin verantwortlich.

Auf die Ausnahmegenehmigung darf weder im Rahmen der Werbung noch der Kennzeichnung verwiesen werden.

GMBL 2024, S. 696

**Ausnahmegenehmigung
gemäß § 68 Abs. 1 und 2 Nr. 1 LFGB für das Herstellen,
Behandeln und Inverkehrbringen von Quarkspeisen
(„Stay Strong Quarkcreme Erdbeer-Limetten-Geschmack“) mit Zusatz von Vitamin D**

– Bek. d. BVL v. 23.7.2024 – 111.11251.0.0231(2024) –

Der OMIRA GmbH, 88214 Ravensburg und der Ravensburg Milchwerke GmbH, 88214 Ravensburg ist Folgendes mitgeteilt worden:

Gemäß § 68 Absatz 1 und 2 Nummer 1 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches (LFGB), in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. September 2021 (BGBl. I S. 4253), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 6. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 149) geändert worden ist, sowie § 1a des Gesetzes über den Übergang auf das neue Lebensmittel- und Futtermittelrecht vom 1. September 2005 (BGBl. I S. 2618, 2653), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. Juli 2021 (BGBl. I S. 3274) geändert worden ist, erteile ich im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle nachstehende Ausnahmegenehmigung:

Abweichend von § 1a Absatz 1 des Gesetzes über den Übergang auf das neue Lebensmittel- und Futtermittelrecht in Verbindung mit § 6 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a und Nr. 2 LFGB a.F. lasse ich ausnahmsweise zu, dass Quarkspeisen mit Zusatz von Vitamin D (0,75 µg pro 100 g Erzeugnis) von der Ravensburg Milchwerke GmbH, 88214 Ravensburg, behandelt, hergestellt und in Verkehr gebracht werden.

Des Weiteren lasse ich zu, dass die Erzeugnisse auch von der OMIRA GmbH, 88214 Ravensburg, in Verkehr gebracht werden.

Die Ausnahmegenehmigung gilt nur für den Stoff Vitamin D in den Erzeugnissen mit den im Antrag vom 28. Feb-

ruar 2024 und Schreiben der Doehler GmbH, 64295 Darmstadt, vom 19. April 2024 gemachten Angaben.

Für die Ausnahmegenehmigung gelten folgende Auflagen:

Der Zusatz von Vitamin D ist an gut sichtbarer Stelle deutlich lesbar zu kennzeichnen.

Die amtliche Beobachtung der OMIRA GmbH, 88214 Ravensburg, erfolgt durch das Veterinär- und Verbraucherschutzamt Ravensburg, 88212 Ravensburg, und wird auf Kosten der Antragstellerin durchgeführt.

Die amtliche Beobachtung der Ravensburg Milchwerke GmbH, 88214 Ravensburg, erfolgt durch das Veterinär- und Verbraucherschutzamt Ravensburg, 88212 Ravensburg, und wird auf Kosten der Antragstellerin durchgeführt.

Nach § 68 Absatz 5 LFGB ist die Zulassung einer Ausnahme nur befristet möglich. In der Rechtssache C-282/15 vom 19. Januar 2017 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) jedoch entschieden, dass eine Regelung, die die Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 68 LFGB selbst bei gesundheitlich unbedenklichen Stoffen nur befristet erlaubt, den Anforderungen der Artikel 6 und 7 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 nicht entspricht.

Das Urteil des EuGH entfaltet allgemeine Rechtskraft und bindet die deutschen Verwaltungsbehörden. Daher ist § 68 Absatz 5 LFGB aufgrund der Vorrangwirkung des Unionsrechts nicht anzuwenden, wenn nachgewiesen ist, dass gegen die Verwendung eines nach § 1a Absatz 1 des Gesetzes über den Übergang auf das neue Lebensmittel- und Futtermittelrecht in Verbindung mit § 6 Absatz 1 LFGB a.F. in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1, 2 oder 4 LFGB a.F. verbotenen Stoffes keine gesundheitlichen Bedenken bestehen.

Die Ausnahmegenehmigung wird daher im vorliegenden Fall entgegen § 68 Absatz 5 LFGB **unbefristet erteilt**. Sie kann jederzeit aus wichtigem Grund widerrufen werden.

Die hiermit erteilte Ausnahmegenehmigung verliert gemäß § 68 Absatz 2 Nummer 1 LFGB ihre Gültigkeit, falls die amtliche Beobachtung nicht mehr gewährleistet ist.

Jede Rezepturänderung ist mir vorab schriftlich mitzuteilen. Liegt eine wesentliche Rezepturänderung vor, ist das Lebensmittel erst verkehrsfähig, wenn die Ausnahmegenehmigung geändert oder eine neue Ausnahmegenehmigung erteilt wurde. Bitte teilen Sie mir auch schriftlich mit, falls Sie das antragsgegenständliche Erzeugnis nicht weiter produzieren bzw. in Verkehr bringen.

Ausdrücklich wird darauf aufmerksam gemacht, dass die hiermit erteilte Ausnahmegenehmigung keine Verkehrsfähigkeitsbescheinigung darstellt, da nur die antragsgegenständliche Verwendung des Stoffes im vorliegenden Erzeugnis einer Prüfung unterzogen wurde. Weitere Inhaltsstoffe sind nicht Gegenstand dieser Ausnahmegenehmigung. Eventuell bestehende Mängel, die aufgrund weiterer Inhaltsstoffe oder sonstiger Eigenschaften des Erzeugnisses vorliegen, können unabhängig von dieser Ausnahmegenehmigung dazu führen, dass das Erzeugnis nicht verkehrsfähig ist. Für die Einhaltung der lebensmittelrechtlichen Anforderungen, inklusive der Anforderungen an die Kennzeichnung der Erzeugnisse, ist die Inverkehrbringerin verantwortlich.

Auf die Ausnahmegenehmigung darf weder im Rahmen der Werbung noch der Kennzeichnung verwiesen werden.

GMBL 2024, S. 697

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Richtlinie

**des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend über die Gewährung von Zuschüssen
und Leistungen für laufende Zwecke (Projektförderung)
an bundeszentrale Träger und für Aufgaben
der Familienpolitik des Bundes**

– Familienförderrichtlinie des Bundes –

Vom 3. Juni 2024

Auf der Grundlage der §§ 23, 44 der Bundeshaushaltsordnung (BHO) sowie der Nr. 15.2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zu § 44 BHO erlasse ich nach Kenntnisnahme des Bundesministeriums der Finanzen und nach Anhörung des Bundesrechnungshofs diese Richtlinie.

Inhalt

Vorbemerkung

- 1 Förderziele und Zuwendungszweck
- 2 Gegenstand der Förderung
- 3 Zuwendungsempfangende Organisation
- 4 Art, Umfang und Höhe der Zuwendung
- 5 Verfahren
- 6 Sonstige Bestimmungen
- 7 Inkrafttreten

Vorbemerkung

Für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat eine familienfreundliche Gesellschaft, in der Kinder gerechte Chancen haben sowie in ihren Familien gut aufwachsen können und in der Familie und Beruf gut miteinander zu vereinbaren sind, eine hohe Priorität. Im Mittelpunkt stehen die bedarfsgerechte Unterstützung und Entlastung von Familien in all ihrer Vielfalt.

Familie bedeutet, dass Menschen langfristig füreinander sorgen und Verantwortung übernehmen. Familie ist vielfältig und von unterschiedlichen Lebensphasen mit besonderen Bedarfen geprägt. Der Vielfalt der familialen Lebensformen soll Rechnung getragen werden. In diesem Zusammenhang soll auch die Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt gestärkt werden.

2020 lebten in Deutschland 8,24 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Familienleitbilder und die Wünsche von Müttern und Vätern bezüglich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf deutlich gewandelt. Immer mehr Eltern ist eine partnerschaftliche Aufgabenteilung von Familie und Beruf wichtig. Dies ermöglicht beiden Eltern, sich in der Kinderbetreuung zu engagieren und ökonomisch eigenständig beruflich abzusichern. Auskömmliche wirtschaftliche Verhältnisse sind zugleich eine Voraussetzung dafür, dass Kinder mit guten Zukunftsaussichten aufwachsen können. Ziel der Familienpolitik und -förderung ist es, dass das Leben als Fa-

milie als ein attraktiver Lebensentwurf wahrgenommen wird.

In der „Agenda 2030 – Nachhaltige Familienpolitik“ hat die Bundesregierung Ziele formuliert, die zur wirtschaftlichen Stabilität von Familien, zur Stärkung der partnerschaftlichen Vereinbarkeit von Familie und Beruf und zur Förderung einer familienfreundlichen Gesellschaft maßgeblich beitragen.

1 Förderziele und Zuwendungszweck

1.1 Die nach dieser Richtlinie geförderten Maßnahmen sollen zu einer familienfreundlichen Gesellschaft beitragen, familiäre Verantwortung unterstützen und die Schaffung passender Rahmenbedingungen fördern. Dazu gehört die Förderung der wirtschaftlichen Stabilität von Familien, der partnerschaftlichen Aufgabenteilung von Erwerbs- und Sorgearbeit, der familienfreundlichen Infrastruktur und Arbeitswelt, das Zusammenleben in Familien mit ausreichend gemeinsamer Zeit sowie die Stärkung der Erziehungskompetenz. Diese Förderziele werden mit den in der „Agenda 2030 – Nachhaltige Familienpolitik“ formulierten Indikatoren konkretisiert.

1.2 Die zuwendungsempfangenden Organisationen wirken mit ihren Aufgaben auf diese Ziele hin: Sie vertreten die pluralen Interessen von Familien und unterstützen die Familienpolitik mit eigenen Vorschlägen, die sie in gesellschaftliche Debatten, in Anhörungen der relevanten Bundestagsausschüsse sowie bei Gesprächen mit Regierungsvertreterinnen und -vertretern, Parteien, Fraktionen, der Wissenschaft und der Zivilgesellschaft einbringen.

Familienbildung und Familienberatung leisten mit ihren lokalen Angeboten einen unverzichtbaren Beitrag zur Stärkung von Familien. Familienbildung und Familienberatung sorgen für eine trägerspezifische Entwicklung von fachlichen Qualitätsstandards und deren Sicherung, die Umsetzung von Projekten im Feld der multiplen individuellen und familienbezogenen Themen, Problemstellungen und Krisen, Alltagshilfe, Rat und Konfliktlösung bei Trennung und Scheidung sowie eine wissenschaftliche Begleitung. Durch Angebote der Familienbildung und -förderung nach § 16 SGB VIII werden Familien bei ihrem Erziehungs- und Bildungsauftrag unterstützt. Sie fördern gute Beziehungen in der Familie, Armutsprävention, Teilhabe und Integration und frühkindliche Bildungsprozesse in den Familien. Sie unterstützen bei Trennung, Scheidung und familiären Konflikten (§§ 17, 18 SGB VIII).

1.3 Der Bund gewährt nach Maßgabe dieser Richtlinie und der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften (VV) zu §§ 23, 44 BHO Zuwendungen aus Kapitel 1703 Titel 68421 als „Zuschüsse und Leistungen für laufende Zwecke an Träger und für Aufgaben der Familienpolitik“.

- 1.4 Ein Anspruch auf Gewährung der Zuwendung besteht nicht. Vielmehr entscheidet die Bewilligungsbehörde aufgrund ihres pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.
 - 1.5 Das BMFSFJ kann andere Stellen mit der Gewährung von Zuwendungen auf der Grundlage dieser Richtlinie ganz oder teilweise beauftragen.
 - 1.6 Die zuwendungsempfangende Organisation ist verpflichtet, sich bei der Umsetzung der Maßnahme an alle geltenden rechtlichen Bestimmungen zu halten.
- ## 2 Gegenstand der Förderung
- Gegenstand der Förderung sind die unter Nummer 2.1 bis 2.6 aufgeführten Bereiche.
- ### 2.1 Familienverbandsarbeit
- Die Verbände beraten und vertreten soziale, wirtschaftliche, rechtliche, pädagogische und ethische Fragen und Themen der Familienpolitik. Das BMFSFJ fördert bundeszentrale Familienverbände zur Wahrnehmung folgender Aufgaben:
- 2.1.1 Aufarbeitung, Begutachtung und Auswertung von familienpolitisch bedeutsamen Gesetzesvorhaben und -vorschlägen (insbesondere in der Familien-, Sozial- und Rechtspolitik sowie in der Wirtschafts-, Arbeits-, Wohnungs- und Bildungspolitik) und der diesbezüglichen öffentlichen Debatte.
 - 2.1.2 Aufarbeitung, Begutachtung und Auswertung von diesbezüglichen Urteilen und Entscheidungen der Gerichte.
 - 2.1.3 Erarbeitung eigener Positionen und Konzeptionen unter Hinzuziehung von verbandseigenen Fachauschüssen; Erarbeitung von Stellungnahmen, Positionspapieren und Fachbeiträgen z. B. zu den Themenbereichen:
 - Familienlastenausgleich, steuerliche Fragen und Sozialversicherungsfragen, Ehe- und Familienrecht,
 - Zeit für Familie, partnerschaftliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
 - Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen,
 - Erziehung, Bildung, Beratung, Medien,
 - Wohnungs-, Wohnumfeld- und ökologische Fragen,
 - Familien mit Einwanderungsgeschichte und deren Nachkommen, transnationales Familienleben und Integration,
 - Pflege von Angehörigen, Mehrgenerationssolidarität,
 - Bioethik und reproduktive Rechte.
 - 2.1.4 Vertretung der Stellungnahmen/Positionen bei Anhörungen der relevanten Bundestagsausschüsse sowie bei Gesprächen mit Regierungsvertreterinnen und -vertretern, Parteien und Fraktionen.
 - 2.1.5 Information der Öffentlichkeit über familienpolitische Vorstellungen und Forderungen durch eine aktive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, durch Kampagnen und Veranstaltungen.
 - 2.1.6 Information der Mitgliedsfamilien bzw. Mitgliedsorganisationen über familienpolitische Gesetzesvorhaben und Erarbeitung von Bewertungs- und Argumentationshilfen in Verbands- und Fachzeitschriften sowie Dokumentationen.
 - 2.1.7 Abstimmung von Positionen und Forderungen mit Fachverbänden und -organisationen sowie wissenschaftlichen Institutionen und fachkundigen Privatpersonen und gegebenenfalls Durchführung von gemeinsamen Aktivitäten (z. B. Fachtagungen, Stellungnahmen, Presseerklärungen und -konferenzen).
 - 2.1.8 Vertretung der Verbände und ihrer Mitglieder in nationalen, europäischen und internationalen Gremien und Verbänden.
 - 2.1.9 Durchführung von Projekten zu zukunftsgerichteten familienbezogenen Themenstellungen.
 - 2.1.10 Durchführung von Vernetzungsarbeit familienpolitisch relevanter Akteurinnen und Akteure.
- ### 2.2 Familienbildung
- Familienbildung ist Bestandteil der präventiven Familienhilfe und der Familienförderung. Sie hat u. a. die Aufgabe, durch ihre Angebote auf Bedürfnisse und Interessen sowie auf Erfahrungen von Familien in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen einzugehen, die Familie zur Kooperation in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen und zur Zusammenarbeit mit der Selbst- und Nachbarschaftshilfe zu befähigen sowie Eltern auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorzubereiten und sie in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken. Familienbildung trägt dazu bei, dass Familien ihre Vorstellungen von einem guten Leben entwickeln und verwirklichen können. Sie soll in die Lage versetzen, die Herausforderungen und Veränderungen, mit denen sich die Familie konfrontiert sieht, in jeder Lebensphase ihrer Partnerschaft oder der ihres Kindes zu bewältigen. Dazu gehören im Einzelnen folgende Aufgaben:
- 2.2.1 Entwicklung und Förderung der fachlich-methodischen Familienbildungsarbeit:
 - konzeptionelle Aufarbeitung von gesellschaftlichen, sozialen und politischen Entwicklungen,
 - Aufbereitung neuer Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen, psychologischen und pädagogischen Forschung,
 - Erarbeitung von Qualitätskriterien und konzeptionellen Ansätzen zur Qualitätsentwicklung,
 - Erstellung von methodisch-didaktischen Arbeitshilfen und Materialien,
 - exemplarische Entwicklung einzelner Maßnahmen zu verschiedenen Themen und Handlungsfeldern.

2.2.2 Führungs-, Koordinierungs- und Beratungsaufgaben im Bereich Familienbildung:

- Mitarbeit beim Auf- und Ausbau regionaler und überregionaler Strukturen,
- Koordinierung/Vernetzung von Handlungs- und Arbeitsfeldern sowie der regionalen Gliederungen,
- Zusammenarbeit mit Familien- bzw. Familienbildungsorganisationen anderer Länder,
- Mitarbeit in internationalen Gremien, Verbreitung von Belangen der Familienbildung in Politik, Kirche und Gesellschaft,
- Erarbeitung von Stellungnahmen, Teilnahme an Anhörungen, Förderung gesellschaftlichen Engagements im Bereich der Familienbildung,
- Öffentlichkeitsarbeit durch Stellungnahmen und Erklärungen zu aktuellen und grundsätzlichen Fragen,
- Beratung von Einrichtungen und Gliederungen in Bezug auf familienrelevante Bereiche, Themen und Projekte.

2.2.3 Qualifizierung und bundeszentrale Fortbildung von haupt-, neben- und ehrenamtlich Mitarbeitenden bzw. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren:

- Weiterentwicklung und Vertiefung der fachlichen, praktischen (didaktisch/methodischen), sozialen und persönlichen Kompetenzen.

2.3 Familienberatung

Familienberatung ist Bestandteil der präventiven Familienhilfe und der Familienförderung. Zur Familienberatung gehört die Erziehungsberatung, die Ehe-, Familien- und Lebensberatung, die Partnerschaftsberatung sowie Beratung zu Trennung und Scheidung. Unter dem Aspekt eines integrierten Beratungsansatzes kann hierzu auch die Schwangerschafts(konflikt)beratung und die Sexualberatung zählen. Familienberatung fördert die Erziehungskompetenzen von Eltern und unterstützt

- bei Fragen der allgemeinen Lebensplanung,
- bei der Gestaltung von menschlichen Beziehungen und
- beim Umgang mit Konflikten (z.B. Trennung und Scheidung) in Partnerschaft, Ehe und Familie.

Zur Beratung gehört auch fallübergreifende Arbeit wie die präventive Arbeit mit bestimmten Zielgruppen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die Kooperation und Vernetzung mit anderen sozialen Einrichtungen wie auch die Öffentlichkeitsarbeit, um auf die Möglichkeiten der Familienberatung für das Gelingen individueller, partnerschaftlicher und familialer Entwicklung aufmerksam zu machen.

Zur Erreichung dieser Ziele fördert das BMFSFJ die folgenden Aufgaben:

2.3.1 Entwicklung und Förderung der Familienberatung unter fachlichen Aspekten:

- Aufarbeitung von gesellschaftlichen, sozialen und politischen Entwicklungen, die Einfluss auf die Familie bzw. Familienberatung haben,
- Aufbereitung neuer Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen, psychologischen, psychotherapeutischen, mediativen sowie pädagogischen Forschung unter dem Aspekt der Bedeutung für die Familienberatung,
- Forschungsvorhaben zu Fragen der Familienberatung,
- exemplarische Entwicklung einzelner Maßnahmen zu verschiedenen Themen und Handlungsfeldern der Familienberatung,
- Entwicklung von Standards und Qualitätskriterien für die Familienberatung.

2.3.2 Führungs-, Koordinierungs- und Beratungsaufgaben im Bereich der Familienberatung:

- Auf- und Ausbau regionaler, überregionaler und nationaler Strukturen der Familienberatung,
- Vernetzung, Koordinierung und Kooperation von Handlungs- und Arbeitsfeldern der Familienberatung,
- überstaatliche Zusammenarbeit mit Familien- bzw. Familienberatungsorganisationen sowie Mitarbeit in internationalen Gremien,
- Beratung von Institutionen und Einrichtungen bei Fragen, die die Familienberatung betreffen,
- Erarbeitung von Stellungnahmen und Erklärungen zu aktuellen und grundsätzlichen Fragen der Familienberatung sowie Teilnahme an Anhörungen,
- Herstellung und Veröffentlichung geeigneter Materialien für Ratsuchende.

2.3.3 Qualifizierung und bundeszentrale Fortbildung von haupt- und nebenamtlich Mitarbeitenden bzw. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren:

- Weiterentwicklung und Vertiefung der fachlichen, praktischen (didaktisch/methodischen), sozialen und persönlichen Kompetenzen, insbesondere durch
- Weiterbildungskurse, Fortbildungsreihen und Seminare,
 - Erstellung von Arbeitshilfen und Materialien.

2.4 Sonstige Einzelprojekte

Für sonstige Einzelprojekte wie z.B. Sonder- und Großveranstaltungen sowie Wettbewerbe, Publikationen oder Arbeitsmaterialien können Zuwendungen nach dieser Richtlinie gewährt werden, wenn sie im erheblichen Bundesinteresse liegen.

2.5 Modellprojekte

Modellprojekte und die damit verbundene wissenschaftliche Begleitung werden gefördert, wenn ein Erkenntnis- und Erprobungsbedarf seitens des BMFSFJ festgestellt wird. Es handelt sich um zeitlich begrenzte Vorhaben, in deren Verlauf u. a. auch die Übertrag-

barkeit von Erkenntnissen auf andere Organisationen oder Förderbereiche geprüft werden sollte.

Zentrale Ansätze von Modellprojekten sind:

- die Entwicklung, Erprobung, Überprüfung und Weiterentwicklung von Methoden und Konzepten sowie
- Entscheidungshilfen zur Notwendigkeit der Ausgestaltung gesetzgeberischer Regelungen.

2.6 Kofinanzierung von EU-Vorhaben

Das BMFSFJ kann Projekte und Programme kofinanzieren, die im Rahmen von EU-Programmen durchgeführt werden sollen.

Hier gelten die Rahmenbedingungen der jeweiligen EU-Programme.

3 Zuwendungsempfangende Organisation

- 3.1 Zuwendungsempfangende Organisationen sind bundeszentrale Familienverbände und bundesweit tätige Träger der Familienbildung und Familienberatung sowie sonstige bundesweit tätige Träger mit familienpolitischem Auftrag.
- 3.2 Die Arbeit der zuwendungsempfangenden Organisationen nach Nr. 3.1 sind gekennzeichnet durch unterschiedliche Wertorientierungen und die Vielfalt der Inhalte, Methoden und Arbeitsformen. Ihre Arbeit ist selbst organisiert, gemeinschaftlich gestaltet und mitverantwortet. Sie legen ihre Arbeit auf Dauer an und richten sich in der Regel auf die eigenen Mitglieder aus. Sie wenden sich mit ihren Angeboten auch an Nichtmitglieder. Sie akzeptieren die Vielfalt der familialen Lebensformen sowie die sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Sie fördern das politische und soziale Engagement der Familien, die politische und gesellschaftliche Partizipation und tragen damit zu einem demokratiefördernden gesellschaftlichen Miteinander bei.
- 3.3 Die Förderung setzt voraus, dass
 - die zuwendungsempfangende Organisation nach Nr. 3.1 die Arbeit nach eigener Satzung oder Ordnung leistet,
 - die zuwendungsempfangende Organisation nach Nr. 3.1 in der Geschäftsführung und in der Verwendung der ihr zur Verfügung stehenden Mittel eigenständig ist,
 - eine demokratische Wahl des Vorstandes bzw. des Präsidiums aufgrund der Satzung oder einer eigenen Ordnung gewährleistet ist,
 - die zuwendungsempfangende Organisation nach Nr. 3.1 nachweislich überwiegend das Bundesgebiet abdeckt.

4 Art, Umfang und Höhe der Zuwendung

4.1 Zuwendungsart

Zuwendungen werden als Projektförderung nach §§23 und 44 BHO zur Deckung von Ausgaben der

zuwendungsempfangenden Organisation für einzelne abgegrenzte Vorhaben gegeben.

Mit Zustimmung des Bundesministeriums der Finanzen kann eine Zuwendung als institutionelle Förderung nach §§23 und 44 BHO auf der Grundlage eines genehmigten Wirtschaftsplans zur Deckung der gesamten Ausgaben oder eines Teils der Ausgaben der zuwendungsempfangenden Organisation gegeben werden.

Es gilt das Omnibusprinzip, d. h. die Aufnahme einer neuen zuwendungsempfangenden Organisation in die institutionelle Förderung ist nur durch das Ausscheiden einer anderen zuwendungsempfangenden Organisation in finanziell gleichwertigem Umfang möglich.

4.2 Finanzierungsarten

Die Zuwendungen werden grundsätzlich als Teilfinanzierung in Form von nicht rückzahlbaren Zuschüssen gewährt.

Grundsätzlich müssen durch die zuwendungsempfangende Organisation eigene Mittel eingebracht werden. Dem Subsidiaritätsgrundsatz nach hat eine Förderung rein ergänzenden Charakter. Nur in besonders begründeten Ausnahmefällen kann eine Vollfinanzierung gewährt werden, wenn die Erfüllung des Zwecks in dem notwendigen Umfang nur bei Übernahme sämtlicher zuwendungsfähiger Ausgaben durch den Bund möglich ist (vgl. Nr.2.4 der VV zu §44 BHO). Eine Vollfinanzierung kommt insbesondere nicht in Betracht, wenn die zuwendungsempfangende Organisation an der Erfüllung des Zuwendungszwecks ein wirtschaftliches Interesse hat.

Die beantragten Ausgaben müssen angemessen, nachvollziehbar und begründet sein, um als zuwendungsfähig anerkannt zu werden.

Als Festbetragsfinanzierung werden gefördert:

- Kurse (Nr. 4.3.1)
- Familienpolitische Arbeitstagungen (Nr. 4.3.2)
- Personalkosten (Nr. 4.3.3)

Die Höhe der Festbeträge ergibt sich aus der Anlage zu dieser Richtlinie.

Als Fehlbedarfsfinanzierung werden gefördert:

- Modellprojekte (Nr. 4.3.4)
- Sonstige Einzelprojekte (Nr. 4.3.5).

4.3 Umfang und Höhe der Zuwendungen

Gefördert werden können die nachstehend unter Nummer 4.3.1 bis 4.3.5 aufgeführten Maßnahmen bis zu den in der Anlage zu dieser Richtlinie genannten Höchstbeträgen. Die Eigenmittel der zuwendungsempfangenden Organisation sind bei der Förderung in angemessenem Umfang zu berücksichtigen.

Reisekosten

Notwendige Reisekosten (u. a. Fahrtkosten, gegebenenfalls Flugkosten, Kosten für Unterkunft und Ver-

pflegung), die unmittelbar und ausschließlich mit der Projektdurchführung zusammenhängen, sind grundsätzlich zuwendungsfähig. Bei der Erstattung von Reisekosten sind die Bestimmungen des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) – gegebenenfalls in Verbindung mit der Verordnung über die Reisekostenvergütung bei Auslandsdienstreisen (ARV) – sowie die allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Bundesreisekostengesetz (BRKGVwV) entsprechend anzuwenden. Es gilt die jeweils gültige Fassung. Das bevorzugte Beförderungsmittel ist der öffentliche Nah- und Fernverkehr. Flugreisen im Inland sind nur in besonders begründeten Ausnahmefällen zuwendungsfähig.

Kinderbeaufsichtigung

Bestehen für die Teilnahme an Veranstaltungen Bedarfe an Kinderbeaufsichtigung, sollte diese von der veranstaltenden zuwendungsempfangenden Organisation angeboten werden. Für die Kinderbeaufsichtigung kann ein Festbetrag gewährt werden. Die Höhe der Festbeträge wird in einer Anlage zu dieser Richtlinie festgelegt.

Nicht gefördert werden grundsätzlich:

- Bereits begonnene Maßnahmen gemäß VV Nr. 1.3 zu § 44 BHO,
- Verbandsinterne Maßnahmen oder Veranstaltungen, die der verbandsinternen Arbeit satzungsmäßiger Gremien dienen (z.B. Mitgliederversammlung, Vorstandssitzung, Ausschusssitzung von Arbeitskreisen, Sitzungen sonstiger Organe der Verbände),
- Regional begrenzte Maßnahmen ohne bundesweiten Bezug bzw. ohne Modellcharakter,
- Druckkostenzuschüsse (z.B. zu Buchpublikationen oder Dissertationen),
- Publikationen (z.B. Verbandszeitschriften), soweit sie nicht als Dokumentation einer Fachtagung zu werten sind,
- die Erstellung von Filmen als eigenständige Projekte,
- Einzelausstellungen von Kunstschaffenden,
- das Entwickeln und Erstellen von mobiler Anwendungssoftware (z.B. Apps – application software),
- alkoholische Getränke oder allgemeine Repräsentationsausgaben (z.B. Blumen/-schmuck, Geschenke).

Förderfähige Maßnahmen

4.3.1 Kurse

- a) Kurse sind Veranstaltungen mit überwiegendem Lehr- und Fortbildungscharakter. Sie müssen wenigstens eine Programmdauer von einem Tag haben und werden höchstens bis zu 28 Tagen gefördert. Zuwendungsfähig sind nur überregionale, d.h. bundeslandübergreifende Fortbildungsmaßnahmen, an denen wenigstens zwölf Personen teilnehmen.

- b) Für Kurse (Präsenzveranstaltung) werden nicht rückzahlbare Zuschüsse pro Veranstaltungstag und externe Teilnehmende gewährt. Für den ersten und letzten Tag der Veranstaltung kann jeweils ein voller Tag angesetzt werden. Mit dem Festbetrag sind sowohl die Unterkunfts- und Verpflegungskosten, Personal- und Sachkosten als auch die Fahrtkosten abgegolten.

- c) Für externe Fortbildende oder Bildungsreferierende werden Honorare pro Kurstag gewährt. Die Gewährung eines Honorars für Fortbildende oder Bildungsreferierende ist insoweit ausgeschlossen, als für diese Tätigkeit anderweitig Personalkosten aus öffentlichen Mitteln gewährt werden.

- d) Der sowohl für die Teilnehmenden geltende Festbetrag (Referierende und Lehrgangsleitungen) als auch Honorare pro Kurstag (für Fortbildende oder Bildungsreferierende), soweit sie nicht ständig an der Einrichtung tätig sind, von der die Kurse durchgeführt werden, sind förderfähig. Ausgeschlossen ist die Gewährung dieser Festbeträge an Vorstands- und Ausschussmitglieder oder an hauptamtliche (interne) Mitarbeitende der veranstaltenden Verbände und Organisationen. Unabhängig davon können ehrenamtlich tätige Personen genannte Festbeträge erhalten.

- e) Werden Kurse ausschließlich als Online-Angebot durchgeführt, werden für diese digitalen Formate ausschließlich Festbeträge für Referierende (nach Nr. 4.3.1 c) in die Förderung einbezogen.

Werden Kurse als Blended Learning-Angebot (als Kombination von Präsenztermin und Online-Angebot) durchgeführt, können darüber hinaus für die Präsenzzeiten auch Festbeträge für Teilnehmende (nach Nr. 4.3.1 b) gefördert werden.

- f) Einem Antrag auf Förderung ist eine Übersicht über die in dem jeweiligen Jahr vorgesehenen bundeszentralen Kurse beizufügen, aus der die jeweiligen Ziele und Inhalte sowie die voraussichtlichen Veranstaltungstage, die Teilnehmendenzahl sowie die Kurstage hervorgehen.

- g) Mit Zustimmung des BMFSFJ kann auf eine Aufzählung der Kurse im Einzelnen verzichtet werden, wenn eine Jahresplanung vorgelegt wird, die über die vorgesehenen Arbeitsschwerpunkte und Innovationsvorhaben sowie die vorgesehene Gesamtzahl der Veranstaltungstage, der Teilnehmenden und der Kurstage Auskunft gibt.

4.3.2 Familienpolitische Arbeitstagen

- a) Arbeitstagen sind Veranstaltungen mit einem ausgewählten Teilnehmendenkreis, der die fachliche Arbeit der zuwendungsempfangenden Organisation nach Nr. 3.1) dieser Richtlinie diskutiert, konzipiert, plant und auswertet. Zuwendungen werden nur für solche Arbeitstagen gegeben, die wenigstens einen Tag dauern und an denen mindestens fünf und in der Regel nicht mehr als 40 Personen teilnehmen.

- b) Für Arbeitstagen (Präsenzveranstaltung) werden nicht rückzahlbare Zuschüsse pro Veranstaltungstag und Teilnehmende gewährt. Honorare für

externe Referierende können nur in besonders begründeten Ausnahmen bewilligt werden. Im Übrigen gelten die Regelungen der Ziffern 4.3.1 a) bis g) entsprechend.

- c) Werden Arbeitstagen als Blended Learning-Angebot (als Kombination von Präsenztermin und Online-Angebot) durchgeführt, können für die Präsenzzeiten Festbeträge für Teilnehmende (nach Nr. 4.3.1 b) gefördert werden. Werden Arbeitstagen ausschließlich als Online-Angebot durchgeführt, können (in besonders begründeten Ausnahmefällen) ausschließlich Festbeträge für Referierende (nach Nr. 4.3.1 c) in die Förderung einbezogen werden.

4.3.3 Personalkosten

Basis für die Kalkulation und Abrechnung der zuwendungsfähigen Personalausgaben sind die im Zeitpunkt der Bewilligung aktuellen vom Bundesministerium der Finanzen herausgegebenen Personalkostensätze für jede einzelne Stelle entsprechend des vom BMFSFJ genehmigten Stellenplans (maßgebende Positionen: Personaleinzelnkosten unter dem Kostenblock „Arbeitnehmer“). Personalkosten werden nur in Höhe der tatsächlich entstandenen Ausgaben – maximal jedoch bis zur Höhe der Sätze des Bundesministeriums der Finanzen (Obergrenze) – anerkannt. Doppelabrechnungen (z.B. aufgrund der Vermengung von Festbetragszahlungen mit Personalkosten) sind unzulässig. Werden die Gesamtausgaben der zuwendungsempfangenden Organisation überwiegend aus Zuwendungen der öffentlichen Hand bestritten, dürfen keine höheren Entgelte als nach dem TVöD und keine über- und außertariflichen Leistungen, die nicht vom TVöD umfasst sind, gewährt werden (so genanntes Besserstellungsverbot).

4.3.4 Modellprojekte

Für Modellprojekte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Erprobung werden Zuwendungen auf der Grundlage von Kosten- und Finanzierungsplänen gegeben. Mit dem Antrag ist dem BMFSFJ das Modellkonzept darzustellen, in dem insbesondere folgende Punkte festzuhalten sind:

- die Zuordnung des Modellprojektes zu der damit verfolgten bzw. daraus zu entwickelnden fachpolitischen Konzeption,
- die Darstellung der Ausgangssituation, Bedarfslage und Zielsetzung einschließlich des programmspezifischen Ansatzes,
- Inhalt und Umfang der wissenschaftlichen Vorbereitung, Begleitung und Evaluierung,
- schriftliche, fachliche Stellungnahme des Landes, in dem das Modellprojekt überwiegend durchgeführt werden soll, sowie eine Erklärung zu dessen finanzieller Beteiligung,
- Stellungnahme zur Überleitung nach Abschluss des Vorhabens und dessen Finanzierung,
- Zeitplan des Vorhabens,

- die beabsichtigte Umsetzung und Veröffentlichung der Ergebnisse. Modellprojekte werden nur im Rahmen des im Bewilligungsbescheid festgelegten Zeitraumes gefördert.

Im besonders begründeten Einzelfall kann eine einmalige Anschlussfinanzierung erfolgen. Dies liegt ausschließlich im Ermessen des BMFSFJ.

4.3.5 Sonstige Einzelprojekte

- a) Sonstige Einzelprojekte von erheblichem Bundesinteresse, die nicht nach den Nummern 4.3.1 bis 4.3.4 gefördert werden können, sind z.B. Sonder- und Großveranstaltungen, überregionale Fachtagungen, Wettbewerbe, Publikationen oder Arbeitsmaterial. Zur Finanzierung ist ein angemessener Eigenanteil einzubringen. Als monetäre Eigenmittel können auch erhobene Teilnehmendenbeiträge anerkannt werden.

Als Sonder- und Großveranstaltungen gelten überregionale Tagungen und Veranstaltungen zentraler Verbände und Organisationen zu sozialen, wirtschaftlichen, rechtlichen, pädagogischen und ethischen Themen der Familienpolitik. Themenstellung, Programm und Arbeitsmethoden müssen so angelegt sein, dass die Veranstaltung einen konkreten, direkt nach außen wirkenden Beitrag leisten kann. Die Maßnahme soll eine möglichst große Außenwirkung entfalten.

Bei Anträgen auf Projektförderung, die möglicherweise unter Nr. 4.3.5. „sonstige Einzelprojekte“ fallen, prüft die Bewilligungsbehörde im Einzelfall, ob das beantragte Projekt im Rahmen dieser Richtlinie bewilligt werden kann.

- b) „Sonstige Einzelprojekte“ in oben genanntem Sinn sind auch Online- oder Blended Learning Formate. Hier können Ausgaben für Referierende und Moderierende in die Förderung einbezogen werden. Der Einsatz einer Moderation ist vorab im Zusammenhang mit der Maßnahme zu begründen. Fallen Reisekosten an, sind diese nach Maßgabe von Nr. 4.3 unter Beachtung des BRKG förderfähig. Zuwendungsfähig können darüber hinaus auch Ausgaben für zusätzliche technische Infrastruktur (z.B. Ausgaben für digitale Plattformen/Dienste bzw. digitale Werkzeuge/-Tools, wie u.a. Lizenzgebühren, Lehrvideos, welche für die virtuelle Methode eingesetzt werden) sein. Alle Ausgabepositionen sind in einem Kosten- und Finanzierungsplan aufzulisten.

Nicht förderfähig sind u. a. Ausgaben für Hardware (inkl. Leasing), Personalkosten für die zuwendungsempfangende Organisation nach Nr. 3.1), Internetzugang sowie Teilnehmenden-Pauschalen gemäß dieser Richtlinie.

- c) Zuwendungsfähig sind grundsätzlich angemessene marktübliche Honorare, die durch Markterkundung bzw. Vergleichsangebote ermittelt werden. Honorarzahlungen an Vorstands- und Ausschussmitglieder oder hauptamtliche (interne) Mitarbeitende der zuwendungsempfangenden Organisation nach Nr. 3.1) dieser Richtlinie sind nicht zuwendungsfähig.

5 Verfahren

5.1 Grundsatz

Zuwendungen mit einem Laufzeitbeginn am 1. Januar eines Haushaltsjahres sind spätestens in der ersten Dezemberwoche des Vorjahres schriftlich auf den entsprechenden Formblättern bei der Bewilligungsbehörde einzureichen. Mit dem Antrag ist eine Erklärung, dass die Gesamtfinanzierung des geförderten Vorhabens gesichert ist, vorzulegen.

5.2 Antrag

Zu 4.3.1 (Kurse)

Dem Antrag sind beizufügen in den Fällen der Nr. 4.3.1 (Kurse):

- eine Übersicht über die vorgesehenen bundeszentralen Fortbildungsveranstaltungen, aus der die jeweiligen Ziele und Inhalte (vorläufiges Kursprogramm) sowie die voraussichtliche Teilnehmeranzahl sowie die Kurstage hervorgehen,
- eine verbindliche Erklärung über Eigen- bzw. Drittmittel.

Zu 4.3.2 (familienpolitische Arbeitstagungen)

Dem Antrag sind beizufügen in den Fällen der Nr. 4.3.2 (familienpolitische Arbeitstagungen)

- eine Beschreibung der vorgesehenen Arbeitstagung (Themen, Inhalte, Ziele)
- sowie das vorläufige Tagungsprogramm und die voraussichtliche Teilnehmeranzahl,
- eine verbindliche Erklärung über Eigen- bzw. Drittmittel.

Zu 4.3.3 (Personalkosten)

Dem Antrag sind beizufügen in den Fällen der Nr. 4.3.3 (Personalkosten):

- eine Beschreibung der vorgesehenen Maßnahme/n
- Aufstellungen über Mitarbeitende mit ihren tariflichen Eingruppierungen,
- Tätigkeitsbeschreibungen und -bewertungen bei erstmaliger oder geänderter Antragstellung anhand der dafür vorgesehenen Formblätter,
- eine verbindliche Erklärung über Eigenmittel.

Zu 4.3.4 (Modellprojekte)

Dem Antrag sind beizufügen in den Fällen der Nr. 4.3.4 (Modellprojekte):

- eine Beschreibung der vorgesehenen Maßnahme/n,
- ein Kosten- und Finanzierungsplan,
- Aufstellungen über Mitarbeitende mit ihren tariflichen Eingruppierungen,
- Tätigkeitsbeschreibungen und -bewertungen bei erstmaliger oder geänderter Antragstellung anhand der dafür vorgesehenen Formblätter,
- eine verbindliche Erklärung über Eigen- bzw. Drittmittel.

Zu 4.3.5 (Sonstige Einzelprojekte)

Dem Antrag sind beizufügen in den Fällen der Nr. 4.3.5 (Sonstige Einzelprojekte):

- eine Beschreibung der vorgesehenen Maßnahme/n,
- ein Kosten- und Finanzierungsplan,
- eine verbindliche Erklärung über Eigen- bzw. Drittmittel.

5.3 Bewilligung

Zuwendungen werden durch elektronisch übermittelten Zuwendungsbescheid gewährt. Die jeweils anzuwendenden Allgemeinen Nebenbestimmungen (ANBest) für Zuwendungen werden zum Bestandteil des Zuwendungsbescheides erklärt. Bei etwaigem Abrufverfahren sind die Regelungen zum Mittelabruf Bestandteil des Zuwendungsbescheides.

5.4 Verwendungsnachweis

Soweit im Zuwendungsbescheid keine abweichende Regelung getroffen wird, ist die zweckentsprechende Verwendung der Zuwendung mit einem Verwendungsnachweis innerhalb der in den Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) bzw. (sofern zutreffend) nach den Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur institutionellen Förderung (ANBest-I) genannten Fristen vorzulegen. Hierzu sind entsprechende Formblätter vorgegeben. Für jede Förderung ist ein gesonderter Verwendungsnachweis unter Nennung des jeweiligen Förderkennzeichens zu erstellen. Eine Zusammenfassung verschiedener Förderungen in einem Verwendungsnachweis ist nicht zulässig.

Durch Unterschrift bestätigt die zuwendungsempfangende Organisation, dass die Fördermittel für förderfähige Maßnahmen im Sinne der Zweckbestimmung des Zuwendungsbescheides verwendet wurden.

Der Sachbericht ist wie folgt zu gliedern:

- a) Ziele und Schwerpunkte,
- b) Aktivitäten (Umsetzung),
- c) Erfahrungen und Ergebnisse,
- d) Schlussfolgerungen und Perspektiven.

Programmspezifische ergänzende oder abweichende Vereinbarungen sind zu beachten.

Der Sachbericht muss sich an der Zielsetzung, die im Antrag definiert wurde, orientieren und eine Aussage über die Zielerreichung einschließlich der Querschnittsziele (Soll-Ist-Vergleich) enthalten.

5.5 Zu beachtende Vorschriften

Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendung sowie für den Nachweis und die Prüfung der Verwendung und die gegebenenfalls erforderliche Aufhebung des Bewilligungsbescheides und die Rückforderungen der gewährten Zuwendung gelten die §§ 48 bis 49a des Verwaltungsverfahrensgesetzes, die §§ 23, 44 BHO und die hierzu erlassenen Allgemeinen Verwaltungsvorschriften, soweit nicht in

dieser Richtlinie Abweichungen von den allgemeinen Verwaltungsvorschriften zugelassen worden sind.

Der Bundesrechnungshof ist gemäß §§ 91, 100 BHO zur Prüfung berechtigt.

6 Sonstige Bestimmungen

Die Förderung erfolgt auf der Grundlage der Bundeshaushaltsordnung (BHO), der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zur Bundeshaushaltsordnung (VV-BHO) einschließlich der Allgemeinen Nebenbestimmungen und dieser Förderrichtlinie.

6.1 Auskunftspflicht und Zusammenarbeit

Die zuwendungsempfangende Organisation verpflichtet sich zur Zusammenarbeit mit dem BMFSFJ und den zur Prüfung berechtigten Stellen. Alle mit der Projektdurchführung befassten Stellen sind den mit der Prüfung beauftragten Personen gegenüber auskunftspflichtig. Die zuwendungsempfangende Organisation verpflichtet sich, dem BMFSFJ auf Verlangen alle projektbezogenen Informationen bereitzustellen.

6.2 Datenschutz

Die zuwendungsempfangende Organisation verpflichtet sich, die jeweils gültigen Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zu beachten. Das BMFSFJ kann jederzeit ohne Einhaltung einer Frist den Zuwendungsbescheid widerrufen, wenn ein schwerwiegender Verstoß gegen die Bestimmungen der DSGVO oder des BDSG vorliegt.

6.3 Barrierefreiheit

Die zuwendungsempfangende Organisation ist verpflichtet, die jeweils gültigen Vorschriften des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) zu beachten. Hiernach sind u. a. Websites und mobile Anwendungen regelmäßig barrierefrei zu gestalten. Zudem ist die zuwendungsempfangende Organisation verpflichtet, auf Websites bzw. auf mobilen Anwendungen die Erklärung zur Barrierefreiheit zu veröffentlichen.

6.4 Korruptionsprävention

Darüber hinaus ist die zuwendungsempfangende Organisation verpflichtet, die jeweils gültige Richtlinie der Bundesregierung zur Korruptionsprävention in der Bundesverwaltung sinngemäß anzuwenden. Um eine Zweckentfremdung der Mittel und die Beeinflussung des Geschäftsbetriebs durch Korruption zu vermeiden, hat die zuwendungsempfangende Organisation hierzu geeignete personelle und organisatorisch-administrative Maßnahmen zu treffen. Bei Anhaltspunkten auf Veruntreuung von Geldern, Korruptionsstraftaten oder anderen Verstößen gegen die Zweckbestimmung der Zuwendung ist der Zuwendungsgeber umgehend zu informieren.

6.5 Gender Mainstreaming

Die zuwendungsempfangende Organisation ist verpflichtet, bei der Durchführung des Projekts die Gleichstellung von Frauen und Männern als durchgängiges Leitprinzip (Gender Mainstreaming) zu beachten. Alle schriftlichen Arbeiten sind in geschlechtergerechter Sprache abzufassen.

6.6 Formblätter

Für die der Bewilligungsbehörde vorzulegenden Anträge, Verwendungsnachweise und Mitteilungen sind die im Formblattverzeichnis (Anlage 1) aufgeführten Formblätter/Datenblätter verbindlich und online unter www.bmfsfj.de als Download verfügbar.

6.7 Ausnahmeklausel

Das BMFSFJ kann in besonders begründeten Ausnahmefällen, soweit nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zu § 44 BHO erforderlich, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen bzw. mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesrechnungshof, von der Familienförderrichtlinie des Bundes abweichen.

7 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt zum 1.8.2024 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2033.

Die Familienförderrichtlinie vom 4.3.2005, in Kraft getreten zum 1.5.2005, tritt mit Ablauf des 31.7.2024 außer Kraft.

Berlin, den 3. Juni 2024
201-2590-01/000

Bundesministerin für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

Lisa Paus

Anlage 1
zu der
Richtlinie
des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuschüssen
und Leistungen für laufende Zwecke (Projektförderung) an bundeszentrale Träger und für Aufgaben
der Familienpolitik des Bundes
– Familienförderrichtlinie des Bundes –
vom 3. Juni 2024
(Inkrafttreten: 1. August 2024)

Höhe der Festbeträge nach der Familienförderrichtlinie

Festbetrag für Teilnehmende (nach Nr. 4.3.1 b) und 4.3.2 b))	55,00 EUR pro Tag und Person
Festbetrag für Honorare für ganztägige Leistungen höchstens (nach Nr. 4.3.1 c))	400,00 EUR pro Tag
Festbetrag Kinderbeaufsichtigung (nach Nr. 4.3)	bis zur Höhe von 200,00 EUR pro Tag
<i>Ausgaben für das Entgelt der Kinderbeaufsichtigung, Fahrtkosten, Verpflegung und Übernachtung sind damit abgegolten.</i>	

Formblattverzeichnis

1	Formblätter Kurse (Antragsammlung inklusive Formblätter für Verwendungsnachweis)
2	Formblätter Arbeitstagungen (Antragsammlung inklusive Formblätter für Verwendungsnachweis)
3	Formblätter Personalkostenförderung (Antragsammlung inklusive Formblätter für Verwendungsnachweis)
4	Formblätter sonstige Einzelprojekte (Antragsammlung inklusive Formblätter für Verwendungsnachweis)
5	Formblätter Digitale Formate (Antragsammlung inklusive Formblätter für Verwendungsnachweis)
6	Formblätter für Gesamtverwendungsnachweis

GMBI 2024, S. 698

HERAUSGEBER:
Bundesministerium des Innern und für Heimat
11014 Berlin (Postanschrift)
Alt-Moabit 140, 10557 Berlin (Hausanschrift)
Telefon: 0 30/1 86 81-0
Telefax: 0 30/1 86 81 12 926
E-Mail: poststelle@bmi.bund.de

