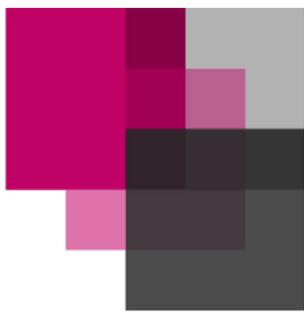


# Bremische Beihilfeverordnung



**dbb**  
**beamtenbund**  
**und tarifunion**  
**landesbund bremen**

# **Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bremische Beihilfeverordnung - BremBVO)**

**vom 5. Dezember 2013**

## **§ 1**

### **Geltungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur**

(1) Diese Verordnung gilt für Beamte und Versorgungsempfänger der Freien Hansestadt Bremen, der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven und der sonstigen der Aufsicht des Landes und der Stadtgemeinden unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. Sie gilt für bremische Richter und Richter im Ruhestand entsprechend.

(2) Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, zur Gesundheitsvorsorge, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie anlässlich eines Schwangerschaftsabbruchs und einer Sterilisation.

(3) Die Beihilfe ergänzt die bei Beamten, Richtern und Versorgungsempfängern aus den laufenden Bezügen zu bestreitende Eigenvorsorge. Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; er ist nicht vererblich; jedoch ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger bezüglich des für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrages einer Beihilfe zulässig.

## **§ 1 a**

### **Beihilfeberechtigte Personen**

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte und Richter
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichen der Altersgrenze entlassen worden sind,
3. Witwen und Witwer, sowie die Kinder (§ 23 des Beamtenversorgungsgesetzes) der unter den Nummern 1 und 2 bezeichneten Personen,

solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ausbildungsbeihilfe, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten oder nur deshalb nicht erhalten, weil Versorgungsbezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften (z. B. § 22 Abs. 1, §§ 53 und 54 des Beamtenversorgungsgesetzes) nicht gezahlt werden.

(2) Keine Beihilfen erhalten

1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
2. Beamte und Richter, die auf Zeit für weniger als ein Jahr beschäftigt werden, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst tätig sind,
3. die nach Absatz 1 Nr. 2 und 3 beihilfeberechtigten Personen für die Dauer einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,
4. Halbweisen, wenn der lebende Elternteil oder der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist und Ansprüche auf Beihilfen zu den Aufwendungen für die Halbwaise hat,
5. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages, nach § 11 des Eu-

ropaabgeordnetengesetzes oder nach entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zuste-  
hen.

(3) Die in den bremischen Dienst abgeordneten Beamten erhalten Beihilfen nach diesen Vor-  
schriften; Vereinbarungen der beteiligten Dienstherrn über einen Ausgleich der gewährten Leis-  
tungen bleiben unberührt.

(4) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen aufgrund beamtenrechtlicher Vor-  
schriften schließt eine Beihilfeberechtigung

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Ver-  
sorgungsempfänger,
2. aufgrund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Ver-  
sorgungsbezüge

aus. Nummer 2 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstver-  
hältnis folgt.

(5) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfe-  
berechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger vor.

(6) Die Beihilfeberechtigung aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichti-  
gungsfähigkeit als Angehöriger aus. Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtli-  
chen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

(7) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Für-  
sorgeleistungen nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen  
Bundestages, § 11 des Europaabgeordnetengesetzes oder entsprechenden landesrechtlichen Vor-  
schriften, nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes gegen die Deutsche Bundesbahn oder entspre-  
chenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(8) Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben,  
wenn ein Anspruch auf Beihilfe aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den  
Beihilfevorschriften des Landes im wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht.

## § 2

### Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. im Krankheitsfällen und bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten
  - a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
  - b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten,
  - c) für die nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kinder;
2. in Geburtsfällen
  - a) einer Beihilfeberechtigten
  - b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten,
  - c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter für ein nichteheliches Kind des Beihil-  
feberechtigten,
  - d) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;
3. für Schutzimpfungen
  - a) des Beihilfeberechtigten,
  - b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten,

- c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes;
- 4. in Fällen des Schwangerschaftsabbruchs
  - a) der Beihilfeberechtigten,
  - b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten,
  - c) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter;
- 5. in Fällen der Sterilisation
  - a) des Beihilfeberechtigten,
  - b) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten des Beihilfeberechtigten,
  - c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes.

(2) Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte im Ortszuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähige Kinder und Enkelkinder des Beihilfeberechtigten gewährt.

Nicht berücksichtigt werden Aufwendungen für

1. Enkelkinder, die der Beihilfeberechtigte nicht in seinem Haushalt aufgenommen hat oder für deren Unterhalt vorrangig eine andere Person gesetzlich verpflichtet ist,
2. Kinder, bei denen nach Vollendung des 27. Lebensjahres wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist; wenn diese schon vorher besteht, werden die Aufwendungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur in den Fällen dauernder Erwerbsunfähigkeit berücksichtigt.

Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Ortszuschlag berücksichtigungsfähig, so sind die Aufwendungen für das Kind von dem Beihilfeberechtigten geltend zu machen, dem auch der entsprechende Ortszuschlag gewährt wird. Ist ein berücksichtigungsfähiges Kind zugleich Ehegatte eines Beihilfeberechtigten, so sind die Aufwendungen von diesem geltend zu machen.

(3) Berücksichtigungsfähige Familienangehörige, die bei Zuwendungsempfängern tätig sind, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden, gehören nicht zu den nicht selbst beihilfeberechtigten Personen im Sinne der Absätze 1 und 2.

(4) Beihilfen werden nicht gewährt für Aufwendungen von

1. Geschwistern des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten,
2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.

### **§ 3**

#### **Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen**

(1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang

1. in Krankheitsfällen  
zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, für die Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden,
2. in Pflegefällen
3. bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. in Geburtsfällen,
5. für Schutzimpfungen,
6. in Fällen des Schwangerschaftsabbruchs,
7. in Fällen der Sterilisation nach Maßgabe der folgenden Vorschriften.

(2) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit der Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychothera-

peutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert der Gebührenrahmen nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Die Festsetzungsstelle kann bei Zweifel über die Notwendigkeit und die Angemessenheit der Aufwendungen ein Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

(3) Sach- und Dienstleistungen und gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sind nicht beihilfefähig. Als Sach- und Dienstleistung gelten auch Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung, bei häuslicher Krankenpflege, bei Haushaltshilfe und anstelle einer Sach- und Dienstleistung gewährte Geldleistungen bei Hilfsmitteln. Den Sach- und Dienstleistungen gleichgestellt werden Aufwendungen, die darauf beruhen, dass eine zustehende Leistung nicht als solche in Anspruch genommen worden ist. Das gilt auch für eine anstelle von Sach- und Dienstleistungen nach § 13 Abs. 2 und § 64 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährte Kostenerstattung.

(4) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind,

1. in dem der Beihilfeberechtigte noch nicht oder nicht mehr zu den in § 1 a bezeichneten beihilfeberechtigten Personen gehörte oder ohne Genehmigung schuldhaft dem Dienst ferngeblieben war,
2. in dem die betreffende Person nicht nach § 2 berücksichtigungsfähig war,
3. in dem der Beihilfeberechtigte ohne Bezüge beurlaubt war; die Aufwendungen können berücksichtigt werden, wenn das dienstliche Interesse an der Beurlaubung vor Antritt des Urlaubs schriftlich anerkannt war.

Die Aufwendungen gelten als entstanden in dem Zeitpunkt, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind.

(5) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. eines Versorgungsempfängers (§ 1a Abs. 1 Nr. 2 und 3), der außerhalb des öffentlichen Dienstes berufstätig ist,
2. des nicht selbst beihilfeberechtigten berufstätigen Ehegatten eines Beihilfeberechtigten (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b),

wenn der Krankheitsfall überwiegend in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Berufstätigkeit steht.

(6) Beihilfefähig sind die in den §§ 4 bis 5 und §§ 7 bis 9 genannten Aufwendungen, die für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der nachzuweisenden Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des Ehegatten im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages 10.000 Euro nicht übersteigt. Sofern sich jedoch die Einkünfte im Jahr der Antragstellung verringert haben, wird auf einen spätestens drei Monate nach Ablauf des entsprechenden Kalenderjahres zu stellenden Antrag die Beihilfe unter Zugrundelegung der nachgewiesenen reduzierten Einkünfte neu berechnet, wenn dies günstiger ist.

(7) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme; nahe Angehörige sind Ehegatte, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Kosten, die dem behandelnden Angehörigen im Einzelfall z. B. für Materialien, Stoffe und Medikamente, entstehen und deren Geldwert nachgewiesen ist, sind im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig.

(8) Steht dem Beihilfeberechtigten oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistungen oder Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen zu, so sind Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung nur insoweit beihilfefähig, als sie über die danach im Einzelfalle in voller Höhe gewährten Leistungen hinausgehen. Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gilt der nach § 30 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf 65 vom Hundert erhöhte Zuschuß als gewährte Leistung. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind die gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Heil- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe vom 50 vom Hundert als zustehende Leistung anzusetzen.

(9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind.

(10) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die bereits aufgrund eines vorhergehenden Beihilfeanspruchs (§ 1a Abs. 5 und 6 Satz 2) beihilfefähig sind.

## § 4

### **Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen**

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen; ausgenommen sind Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung vorgenommen werden. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2.
2. vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistung nach der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung) in Form von
  - a) Fallpauschalen und Sonderentgelten (§ 11 der Bundespflegesatzverordnung),
  - b) tagesgleichen Pflegesätzen (Abteilungspflegesätze, Basispflegesätze, teilstationäre Pflegesätze - § 13 Bundespflegesatzverordnung)
  - c) Beträgen anstelle von Pflegesätzen (§ 14 Abs. 5 Satz 4 Bundespflegesatzverordnung)
  - d) Entgelten für Modellvorhaben (§ 26 Bundespflegesatzverordnung)sowie vor- und nachstationäre Krankenhausleitungen (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), es sei denn, dass §§ 4a oder 5 anzuwenden sind. Bei Behandlungen in einem Krankenhaus, das die Bundespflegesatzverordnung nicht anwendet, gilt Satz 1 entsprechend; die Aufwendungen sind höchstens bis zu dem Betrag beihilfefähig, der bei Behandlung in einem städtischen Krankenhaus der Stadtgemeinde Bremen oder Bremerhaven beihilfefähig wäre.
- 2a Unterkunft, wenn ein anderer Ort für eine notwendige ambulante Behandlung, Untersuchung u. dgl. aufgesucht werden muss, bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich. Ist die Begleitung durch eine andere Person notwendig (z. B. bei Kindern, Schwerbehinderten), so sind deren Kosten für Unterkunft bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich beihilfefähig. Wird bei einer Heilbehandlung (Nummer 8) eine Heimunterbringung erforderlich, sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis zum Höchstbetrag von 9 Euro beihil-

fefähig. Die Vorschrift findet in den Fällen des § 4 a Abs. 6 und 9 und im Falle einer Kur keine Anwendung.

3. Erste Hilfe,
4. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen. Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. Die Kosten für eine Pflege durch nahe Angehörige (§ 3 Abs. 7) oder im Haushalt des Beihilfeberechtigten tätige Personen sind - mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 10) - nicht beihilfefähig. Bei nahen Angehörigen, die wegen Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgeben und dadurch einen Ausfall an Arbeitseinkommen erleiden, kann eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalles an Arbeitseinkommen als beihilfefähig berücksichtigt werden. Für den Ehegatten und die Eltern eine Pflegebedürftigen ist eine für die Pflege gezahlte Vergütung nicht beihilfefähig, Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 4 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Pflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b zum Bundesangestelltentarifvertrag).
5. eine Familien- und Haushaltshilfe bis zum Betrage von 6 Euro stündlich, jedoch nicht mehr als 36 Euro täglich, wenn die Weiterführung des Haushalts eines Beihilfeberechtigten wegen stationärer Unterbringung (Nummer 2, § 4a, § 5 Abs. 1, § 8a Abs. 3 Nr. 2 und § 9 Abs. 1 Nr. 4) des den haushaltsführenden, nicht oder nur geringfügig erwerbstätigen berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen oder Beihilfeberechtigten - ausgenommen Alleinerziehende - nicht möglich ist, und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Gleiches gilt für die erste Woche nach Ende der stationären Unterbringung. Voraussetzung ist, dass der Beihilfeberechtigte selbst pflegebedürftig ist oder im Haushalt mindestens ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger Angehöriger lebt. Nummer 4 Sätze 3 und 4 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- oder Haushaltshilfe Kinder unter 15 Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Kosten der Unterbringung insgesamt bis zu den obengenannten Beträgen beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt eines nahen Angehörigen (§ 3 Abs. 7) sind mit Ausnahme der Fahrtkosten (Nummer 10) nicht beihilfefähig. Kann der Haushalt beim Tode des den Haushalt allein führenden Elternteils (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a und b) nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, sind die Aufwendungen bis zur Dauer von sechs Monaten beihilfefähig. In Ausnahmefällen kann diese Frist mit Zustimmung der Festsetzungsstelle auf ein Jahr verlängert werden. § 4 Abs. 1 Nr. 4 Satz 3 und 4 gelten entsprechend. Voraussetzung ist, dass im Haushalt mindestens ein Kind unter 15 Jahren lebt.
6. die vom Arzt oder Zahnarzt bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages von 6 Euro für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Maßgebend für den Abzugsbetrag ist der Apothekenabgabepreis der jeweiligen Packung (Einheit). Bei Aufwendungen für Personen bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres sowie Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des Mindestruhegehaltes (§ 14 Abs. 4 Beamtenversorgungsgesetz) ist der Betrag nach Satz 1 nicht abzusetzen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
  - a) wissenschaftlich nicht anerkannte Arzneimittel; § 4 Abs. 2 gilt entsprechend,
  - b) Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
  - c) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,

- d) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
  - e) Abführmittel, ausgenommen bei erheblichen Grunderkrankungen,
  - f) Arzneimittel gegen Reisekrankheit,
  - g) Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nach dem Arzneimittelgesetz nicht anerkannte Mittel, sowie unwirtschaftliche Arzneimittel,
  - h) Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen,
7. eine vom Arzt oder von der Gesundheitsbehörde schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,
  8. eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie; dies gilt nicht für Saunabäder und das Schwimmen in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung (§ 5) oder einer Heilkur (§ 6). Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Podologen, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister durchgeführt werden. Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden oder werden mit ihr zugleich in erheblichem Umfang berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgt, sind die Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten für zusätzliche, gesondert durchgeführte und berechnete Heilbehandlungen nicht beihilfefähig. Der Senator für Finanzen kann bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Heilbehandlungen beihilfefähig sind.
  9. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3.
  10. die Beförderung der Erkrankten zur Behandlung, Untersuchung u. dgl. und zurück und, falls erforderlich, einer Begleitperson sowie die Gepäckbeförderung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Beförderungsklasse regelmäßig verkehrender öffentlicher Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. Höhere Beförderungskosten dürfen nicht berücksichtigt werden. Eine Ausnahme ist bei Rettungsfahrten oder dann zulässig, wenn eine anderweitige Beförderung wegen der Schwere oder Eigenart einer bestimmten Erkrankung oder einer Behinderung unvermeidbar war. Die medizinische Notwendigkeit der anderweitigen Beförderung ist durch eine auf die konkreten Umstände im Einzelfall bezogene Bescheinigung des behandelnden Arztes nachzuweisen. Wird in diesen Fällen ein familieneigener Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Bremischen Reisekostengesetzes genannte Betrag je Kilometer beihilfefähig. Beihilfen werden nicht gewährt
    - a) bei Benutzung familieneigener Personenkraftwagen für die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks,
    - b) für die Benutzung familieneigener Personenkraftwagen sowie öffentlicher, regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel bei Behandlung des Erkrankten am Wohn- oder Aufenthaltsort oder in dessen Einzugsgebiet,
    - c) für die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
    - d) für die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise,

11. einen Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, für
- a) Aufwendungen nach den Nummern 1, 2, 2a, 6, 8 und 10, die bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen,
  - b) den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen.
- Diese Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht von anderer Seite erstattet werden oder zu erstatten sind. Buchstaben a und b gelten auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen.
- (2) Der Senator für Finanzen kann, soweit nicht bereits geregelt, die Beihilfefähigkeit von
1. Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode sowie Materialien, Arznei- und Verbandmittel,
  2. Aufwendungen für nicht in den Gebührenverzeichnissen der Gebührenordnungen (§ 3 Abs. 2) aufgeführte ärztliche, psychotherapeutische oder zahnärztliche Leistungen,
  3. Aufwendungen, die nicht zweifelsfrei notwendig sind oder nach Umfang oder Höhe angemessen sind,
- ganz oder teilweise von einer vorherigen Anerkennung abhängig machen, begrenzen oder ausschließen.

#### **§ 4a**

##### **Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

- (1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die häusliche Pflege nach Maßgabe des § 4b, die teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 4c und die vollstationäre nach Maßgabe des § 4d beihilfefähig, soweit sie jeweils notwendig sind. Bei Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach § 4e.
- (2) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Verordnung liegt vor, wenn Personen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (dauernde Pflegebedürftigkeit). Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Voraussetzung für eine Beihilfegewährung ist, dass die zu pflegende Person einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zuzuordnen ist.
- (3) Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf liegt vor, wenn bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) zusätzlich ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies gilt entsprechend für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen (87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- (4) Beihilfe wird zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der oder des Pflegebedürftigen im Sinne des § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn ein

Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind bis zu 2.557 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung hierzu Leistungen erbringt. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung (ambulant betreute Wohngruppe § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch), gilt Satz 3 entsprechend. Der Gesamtbetrag je Maßnahme zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes ist auf 10.228 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die beteiligten Pflegeversicherungen aufgeteilt. Soweit die Pflegeversicherungen einmalig einen weiteren Betrag in Höhe von bis zu 2.500 Euro nach § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewähren, ist dieser Betrag zusätzlich beihilfefähig. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Pflegeversicherungen der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

(5) Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch ein Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die Pflegeversicherung besteht. Für den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen ist § 37 Absatz 3 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden. § 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(6) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung (7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch), wenn Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden oder beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

(7) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt, soweit nichts anderes bestimmt ist. § 3 Absatz 8 und § 12 sind hierbei nicht anzuwenden.

(8) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit, der Art und dem notwendigen Umfang der Pflege, der Pflegestufe sowie dem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden; § 3 Absatz 2 Satz 5 bleibt unberührt. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nur zur Hälfte gehrt. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Anerkennung einer höheren Pflegestufe bei der Festsetzungsstelle gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

## **§ 4b**

### **Häusliche Pflege**

(1) Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte nach § 36 Absatz 1 Satz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind je nach Pflegestufe des § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch monatlich in der Pflegestufe

1. I bis zur Höhe von 20 vom Hundert,
2. II bis zur Höhe von 40 vom Hundert
3. III bis zur Höhe von 60 vom Hundert

der durchschnittlichen Kosten einer Pflegekraft der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b des bis zum 30. September 2005 geltenden BAT beihilfefähig. Bei außergewöhnlich hohem Pflege-

aufwand können in der Pflegestufe III die Aufwendungen bis zur Höhe von 80 vom Hundert der Kosten dieser Pflegekraft als beihilfefähig anerkannt werden.

(2) Bei einer häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen im Sinne des § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch monatlich folgende Pauschalen beihilfefähig in Pflegestufe:

- |    |     |           |
|----|-----|-----------|
| 1. | I   | 235 Euro, |
| 2. | II  | 440 Euro  |
| 3. | III | 700 Euro  |

Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Pauschale nach Satz 1 um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschale bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.

(3) Ist die Pflegeperson nach Absatz 2 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, so sind die Aufwendungen für die Ersatzpflege im Kalenderjahr bis zu 1 550 Euro beihilfefähig (§ 39 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Während der Ersatzpflege ist der nach Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zusätzlich für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr zu 50 vom Hundert beihilfefähig. Absatz 2 Satz 2 und 3 bleibt unberührt.

(4) Nimmt die pflegebedürftige Person häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, ist daneben eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 beihilfefähig, sofern die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen (§38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) erbringt. Die Pflegepauschale nach Absatz 2 wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 1 geltend macht. Eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 ist während einer Kurzzeitpflege nach § 4c Absatz 6 bis 8 und einer Verhinderungspflege nach Absatz 3 zusätzlich jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gezahlten Pauschale beihilfefähig.

#### **§ 4c**

#### **Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege**

(1) Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege (§ 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nach § 4b nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

(2) Beihilfefähig sind im Rahmen der Höchstbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Je nach Pflegestufe sind bis zu monatlich in Pflegestufe

- |    |     |            |
|----|-----|------------|
| 1. | I   | 450 Euro,  |
| 2. | II  | 1.100 Euro |
| 3. | III | 1.500 Euro |

beihilfefähig.

(3) Wird teilstationäre Pflege nur in Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach Absatz 2 in Anspruch genommen, sind die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat bis zu 150 von Hundert

der in Absatz 2 Satz 2 für die jeweilige Pflegestufe genannte Höchstbetrag beihilfefähig. Dabei mindert sich der Betrag nach Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 Satz 2 über 50 von Hundert in Anspruch genommen wird.

(4) Wird teilstationäre Pflege nur in Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach § 4b Absatz 2 in Anspruch genommen, wird die beihilfefähige Pauschale nach § 4b Absatz 2 nicht gemindert, soweit die Aufwendungen nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich die beihilfefähige Pauschale nach § 4b Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem teilstationäre Pflege nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(5) Wird neben einer teilstationären Pflege nach Absatz 2 eine Kombinationsleistung (§ 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) aus häuslicher Pflege nach § 4b Absatz 1 und 2 notwendig, ist die Beihilfe nach Absatz 2 ungekürzt zu gewahren, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in Absatz 2 Satz 2 vorgesehenen beihilfefähigen Höchstbetrages nicht übersteigt. Ansonsten findet § 4b Absatz 4 Satz 2 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den die Pflegepauschale nach § 4b Absatz 2 zu kürzen ist, von einem Gesamtbeihilfeanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen ist und die beihilfefähige Restpauschale auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

(6) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch eine teilstationäre Pflege nicht aus, sind die Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung beihilfefähig (Kurzzeitpflege - § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch -). Dies gilt

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder § 5 oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.

(7) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind bis zu 1 550 Euro beihilfefähig. Während der Kurzzeitpflege ist der bisher nach § 4b Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zu 50 vom Hundert beihilfefähig. § 4b Absatz 2 Satz 2 und 3 bleibt unberührt.

(8) Bei pflegebedürftigen Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres sind die Aufwendungen für Kurzzeitpflege nach Absatz 6 und 7 auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen für Kurzzeitpflege zugelassenen Einrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 4d Absatz 5 gilt insoweit nicht.

## § 4d

### Vollstationäre Pflege

(1) Bei der stationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (84 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 43 Absatz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) entstehenden pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege monatlich bis zu

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I   | 1.023 Euro, |
| 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II  | 1.279 Euro, |
| 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III   | 1.550 Euro  |
| 4. für Pflegebedürftige, die nach § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Härtefall anerkannt sind | 1.918 Euro  |

beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten (§82 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind nicht beihilfefähig, es sei denn, dass sie die folgenden monatlichen Eigenanteile übersteigen:

1. bei Beihilfeberechtigten mit berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 vom Hundert des Einkommens
2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag, das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten. Angehörige im Sinne des Satzes 1 sind Personen, die nach § 2 zu berücksichtigen sind. Bei der Berechnung der beihilfefähigen Aufwendungen ist der niedrigste Satz einer für die Unterbringung in Betracht kommenden Einrichtung zu Grunde zu legen.

(3) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen nach Absatz 1 und 2 beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen. Die Angemessenheit der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach § 87a Absatz 1 Satz 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(4) Leistungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wird.

(5) Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Behindertenhilfe entstehen, in der die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund steht (§ 43a und 71 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch), sind bis zur Höhe von monatlich 256 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig. Pflegebedürftige nach Satz 1 haben für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld (§ 38 Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

## § 4e

### Zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher und stationärer Pflege

- (1) Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege der Pflegestufen I, II oder III sowie Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (§ 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch), und bei denen die Pflegeversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben, erhalten Beihilfe zu den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7.
- (2) Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach Absatz 1 sind bis zu 100 Euro (Grundbetrag) oder 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich beihilfefähig. Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Berechnung der Beihilfe maßgebend. Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 4a Absatz 5 sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig.
- (3) Der monatliche Höchstbetrag nach Absatz 2 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende Jahreshöchstbetrag vom Pflegebedürftigen nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.
- (4) Die von stationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf mit der jeweiligen Pflegeversicherung vereinbarten und berechneten Vergütungszuschläge nach § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind neben den Aufwendungen nach § 4c Absatz 2 und § 4d Absatz 1 beihilfefähig.
- (5) Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegestufen I, II oder III in ambulant betreuten Wohngruppen sind pauschal 200 Euro monatlich zusätzlich beihilfefähig, wenn die Personen Anspruch auf Beihilfe nach § 4b haben und die Pflegeversicherung hierzu Leistungen nach § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt.
- (6) Bei Personen ohne Pflegestufe nach Absatz 1 gilt § 4b entsprechend mit der Maßgabe, dass nach § 4b Absatz 1 bis zu 225 Euro und nach § 4b Absatz 2 bis zu 120 Euro monatlich beihilfefähig sind. § 4a Absatz 4 Satz 1 bis 3 gilt entsprechend.
- (7) Bei pflegebedürftigen Personen nach Absatz 1 beträgt der beihilfefähige Betrag für eine häusliche Pflege
1. durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Absatz 1 Satz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) in der Pflegestufe I bis zu 665 Euro und in der Pflegestufe II bis zu 1 250 Euro,
  2. durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) in der Pflegestufe I bis zu 305 Euro und in der Pflegestufe II bis zu 525 Euro.

**§ 4f**  
**Beihilfefähige Aufwendungen**  
**bei Versorgung in Hospizen**

Aufwendungen einer stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird (§ 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung bis zur Höhe des Zuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig. § 4a bis 4 e bleiben unberührt. Voraussetzung ist, dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der zu versorgenden Person nicht erbracht werden kann.

**§ 5**  
**Aufwendungen bei Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen**

(1) Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in

1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,
2. in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.

(2) Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen. Eine Anschlussheilbehandlung liegt nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder bei einerzeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang steht. In Ausnahmefällen liegt eine Anschlussheilbehandlung auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Behandlung erfolgt, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung stand.

(3) Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind nur solche, welche die Voraussetzung des § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen (Rehabilitationseinrichtungen).

(4) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Absatz 2 ist, dass die Maßnahme nach begründeter ärztlicher Bescheinigung nach Art und vorgesehener Dauer notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Ärztin oder der Arzt darf nicht in einer Rechtsbeziehung zur Einrichtung stehen, in der die Behandlung durchgeführt wird. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Absatz 3 ist, dass es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung nach Absatz 2 handelt und nach einem begründetem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind. Die Beihilfefähigkeit ist von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Festsetzungsstelle abhängig, in Einrichtungen nach Absatz 2 ab einer Dauer von über 28 Tagen.

(5) Aus Anlass einer stationären Behandlung in Einrichtungen nach den Absätzen 2 und 3 sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1,6 und 8,
2. nach §4 Absatz 1 Nummer 5
3. für Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Tagessatz zuzüglich

- Kurtaxe,
4. für den ärztlichen Schlussbericht,
  5. für die An- und Abreise
    - mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und
    - mit privaten Kraftfahrzeugen in Höhe von 0,20 Euro je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200 Euro.

Satz 1 Nummer 3 und 5 gilt auch für Begleitpersonen, wenn die Notwendigkeit der Begleitung durch amtlichen Ausweis oder medizinisches Gutachten festgestellt ist und die Einrichtung bestätigt, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist. Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach den Absätzen 2 und 3, die Leistungen nach Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 betreffen, sind nur insoweit beihilfefähig, als sie einer Preisvereinbarung dieser Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger entsprechen; die Beihilfefähigkeit darüber hinausgehender Aufwendungen ist ausgeschlossen.

### **§ 5a**

#### **Aufwendungen bei Suchtbehandlungen**

(1) Aufwendungen für Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sowie die Nachsorge sind bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern getragenen Kosten beihilfefähig, wenn die Suchtbehandlung ärztlich verordnet ist und die Festsetzungsstelle die Notwendigkeit der Suchtbehandlung vor deren Beginn anerkannt hat.

(2) Die ärztliche Verordnung muss Art, Dauer und Inhalt der Suchtbehandlung bestimmen. Die Ärztin oder der Arzt darf nicht in einer Rechtsbeziehung zur Einrichtung stehen, in der die Behandlung durchgeführt wird.

(3) Aufwendungen für die Verlängerung einer Suchtbehandlung sind nur beihilfefähig, wenn die Einrichtung, die die Behandlung durchführt, festgestellt hat, dass die Verlängerung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

(4) Fahrtkosten für die An- und Abreise sind nur beihilfefähig, wenn die Fahrt ärztlich verordnet ist. Für die Höhe gilt § 5 Absatz 5 Nummer 5 entsprechend.

(5) Im Zusammenhang mit einer stationären Suchtbehandlung sind Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern getragenen Kosten beihilfefähig, wenn eine Begleitung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

### **§ 6**

#### **Aufwendungen bei Heilkuren**

- (1) Die Aufwendungen für
1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,
  2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen,
  3. ambulante Heilkuren
- sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.

(2) Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind Heilbehandlungen im Sinne des § 4 Absatz 1 Nummer 8, für Beihilfeberechtigte nach §11a Absatz 1 Nummer 1 zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit, die mit Unterkunft und Verpflegung kurmäßig in Einrichtungen nach § 5 Absatz 3 durchgeführt werden und für die die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 4 Satz 3 nicht vorliegen.

(3) Mutter-Kind- oder Vater-Kind- Rehabilitationsmaßnahmen sind Behandlungen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Muttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als gleichartig anerkannten Einrichtung.

(4) Ambulante Heilkuren sind Maßnahmen für Beihilfeberechtigte nach § 1a Absatz 1 Nummer 1 zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit. Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 8 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis der Senatorin für Finanzen oder des Bundes aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet befinden und ortsgebunden sein; eine Unterkunft im Wohnwagen, auf Campingplätzen und dergleichen ist nicht ausreichend.

(5) Bei Kuren nach den vorstehenden Absätzen sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 6 und 8,
2. eine Familien- und Haushaltshilfe nach § 4 Absatz 1 Nummer 5,
3. Fahrtkosten nach § 5 Absatz 5 Nummer 5
4. Kurtaxe,
5. den ärztlichen Schlussbericht,
6. eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für Schwerbehinderte,
7. Unterkunft und Verpflegung bis zu 16 Euro pro Tag und Person, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 23 Tagen einschließlich der Reisetage.

Bei Pauschalpreisen in Einrichtungen nach Absatz 3, für die eine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis begrenzt.

(6) Die Aufwendungen nach Absatz 5 sind nur beihilfefähig, wenn

1. nach einem Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes eine Maßnahme nach Absatz 2, 3 oder 4 notwendig ist und nicht mit gleicher Erfolgsaussicht durch andere Heilmaßnahmen, insbesondere durch eine andere Behandlung am Wohn- oder Aufenthaltsort oder in der nächsten Umgebung, ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat und
3. die Kur innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen wird.

(7) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Kur darf nicht anerkannt werden

1. wenn erstmalig eine Wartezeit von insgesamt sechs Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Vorschriften nicht erfüllt ist. Die Wartezeit umfasst auch Zeiten eines Erziehungsurlaubs sowie Zeiten einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge, wenn anerkannt worden ist, dass die Beurlaubung dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
2. wenn im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsbehandlung in einer Einrichtung nach § 5 Absatz 3 oder eine als beihilfefähig anerkannte Kur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerer chro-

nischer Erkrankung, wenn nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten aus zwingenden medizinischen Gründen eine Kur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
4. wenn das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Kur enden wird,
5. solange die oder der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

(8) Bei Anwendung des Absatzes 7 Nummer 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei

1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage (Bürgerschaft),
2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 von Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden,

der Zeit der Beihilfeberechtigung im öffentlichen Dienst gleich.

(9) Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Kur nicht vorher anerkannt worden, so sind nur die notwendigen Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 6 und 8 beihilfefähig.

(10) Die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Kur nach Absatz 1 Nummer 1 und 3 kann für Ruhestandsbeamte nach Maßgabe der vorstehenden Absätze anerkannt werden, soweit sie wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden sind, die Kur nach amtsärztlicher Stellungnahme zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit führt und die erneute Berufung in das Beamtenverhältnis ermöglicht (43 Bremisches Beamtengesetz, § 29 Beamtenstatusgesetz).

## § 7

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei zahnärztlichen Leistungen**

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den Abschnitten C Nummern 2150 bis 2170, 2200 bis 2240, F, H, J und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte (nach Maßgabe der Anlage 2) sind nur beihilfefähig, wenn bei Beginn der Behandlung

1. der Beihilfeberechtigte
  - a) mindestens ein Jahr ununterbrochen oder
  - b) insgesamt mindestens zehn Jahredem öffentlichen Dienst angehört. Als Unterbrechung gilt nicht das Ausscheiden kraft gesetzlicher Vorschrift nach dem Bestehen der zweiten Staatsprüfung, sofern der Wiedereintritt in den öffentlichen Dienst innerhalb einer Übergangszeit von drei Monaten erfolgt;
2. der Beihilfeberechtigte nicht in den nächsten drei Monaten aus dem öffentlichen Dienst ausscheidet. In den letzten drei Monaten vor Ablegung der zweiten Staatsprüfung entstandene Aufwendungen für die in Satz 1 bezeichneten Sonderleistungen sind nicht beihilfefähig, wenn das Beamtenverhältnis des Beihilfeberechtigten nach dem Bestehen dieser Prüfung kraft gesetzlicher Vorschrift endet.

Die Beschränkungen des Satzes 1 gelten nicht für Versorgungsberechtigte, die als solche oder aufgrund einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst beihilfeberechtigt sind, sowie für Beihilfeberechtigte, die ohne ihre Tätigkeit im öffentlichen Dienst berücksichtigungsfähige Angehörige eines Beihilfeberechtigten wären. Die Beschränkung des Satzes 1 Nr. 2 gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte nach seinem Ausscheiden zum Personenkreis nach § 1a Abs. 1 Nr. 2 gehören wird. Bei Anwendung des Satzes 1 steht der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich

- a) die Zeit der Tätigkeit bei Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage (Bürgerschaft),

- b) die Zeit der Tätigkeit bei Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden, nicht jedoch in den Fällen der Nummer 1 Buchstabe b).

## **§ 8**

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen**

(1) Aus Anlaß von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig

1. bei Kindern die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
2. bei Frauen und Männern einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
3. bei Frauen und Männern die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit; diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig

nach Maßgaben der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.

(3) Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig, wenn sie aufgrund der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut notwendig sind; dies gilt nicht für Impfungen, die aus Anlaß einer privaten Reise außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder aus beruflichen Gründen erforderlich geworden sind.

## **§ 8a**

### **Beihilfefähige Aufwendungen der Empfängnisregelung, bei Schwangerschaftsabbruch und bei Sterilisation**

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen in Fällen des nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs

1. die Kosten für ärztliche Untersuchungen und Beratungen, die im Zusammenhang stehen mit
  - a) der Empfängnisregelung,
  - b) bei Erhaltung einer Schwangerschaft
  - c) der Feststellung der Voraussetzungen für den Abbruch einer Schwangerschaft.
2. die Kosten für ärztliche Leistungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 bei Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs.

(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation umfassen die Kosten für ärztliche Leistungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, die im Zusammenhang stehen mit

1. der Feststellung der Voraussetzungen einer Sterilisation,
2. der Sterilisation.

(3) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen in den Fällen der Absätze 1 und 2 ferner

1. die vom Arzt verbrauchten sowie die auf schriftliche ärztliche Verordnung beschafften Heil- und Verbandmittel
2. die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Krankenanstalten; § 4 Abs. 1 Nr. 2 gilt entsprechend,
3. die Kosten für eine Familien- oder Hauspflegekraft; § 4 Abs. 1 Nr. 5 gilt entsprechend,
4. die Kosten für die durch Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 sowie Absatz 3 Nr. 2 unmittelbar veranlaßten Fahrten; § 4 Abs. 1 Nr. 10 gilt entsprechend.

(4) Künstliche Befruchtungen sind unter den Voraussetzungen des § 27a Abs. 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

## **§ 9**

### **Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen**

(1) Aus Anlaß einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
2. entsprechend § 4 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3, 5, 6, 8 und 10,
3. für die Hebamme und den Entbindungspfleger,
4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanten Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- und Ersatzpflegekraft nach § 4 Abs. 1 Nr. 4 gepflegt wird; § 4 Abs. 1 Nr. 4 Sätze 3 bis 5 sind anzuwenden.
5. entsprechend § 4 Abs. 1 Nr. 2 für das Kind.

(2) Als Beihilfe zu den Aufwendungen für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bei Lebendgeburten werden 128 Euro gewährt; bei Mehrlingsgeburten erhöht sich die Beihilfe entsprechend. Die Beihilfe wird auch gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Aufnahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Pauschalbeihilfe nur einmal gewährt.

## **§ 10**

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland**

(1) Außerhalb der Bundesrepublik entstandene Aufwendungen sind nur bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung innerhalb des Landes Bremen beihilfefähig wären. Behandlungskosten außerhalb der Bundesrepublik sind nur beihilfefähig, wenn die Person, die untersucht, behandelt oder begutachtet (§ 4 Abs. 1 Nr. 1) oder Heilbehandlungsmaßnahmen angeordnet hat (§ 4 Abs. 1 Nr. 8), nach ihrer Ausbildung einem inländischen Arzt gleichkommt. Die in § 4 Abs. 1 Nr. 2 genannten Voraussetzungen für den Begriff einer Krankenanstalt sind sinngemäß anzuwenden.

(2) Außerhalb der Bundesrepublik entstehende notwendige Aufwendungen sind ohne die Einschränkung des Absatzes 1 Satz 1 beihilfefähig,

1. wenn ein bremischer Beamter oder Richter auf einer Auslandsdienstreise erkrankt und die Krankenbehandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland aufgeschoben werden kann,
2. wenn durch amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Krankenbehandlung außerhalb der Bundesrepublik dringend erforderlich ist und die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise von der Festsetzungsstelle schriftlich anerkannt worden ist;

unter mehreren gleichwertigen Möglichkeiten darf nur die gewählt werden, die die niedrigsten beihilfefähigen Aufwendungen verursacht.

(3) Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinne von § 5 und § 6 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind im Rahmen des § 6 Abs. 4 beihilfefähig, wenn

1. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Gemeinschaft durch medizinisches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist,
2. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland des Bundesministerium des Innern aufgeführt ist und die sonstigen Voraussetzungen des § 6 vorliegen

und die Beihilfefestsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise schriftlich anerkannt hat. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, so sind die Aufwendungen nur nach Maßgabe des Absatzes 1 beihilfefähig.

## **§ 11**

### **Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen**

(1) Zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden waren, wird dem hinterbliebenen Ehegatten oder den Kindern des Verstorbenen Beihilfe gewährt; sie ist nach dem Hundertsatz zu bemessen, der dem Verstorbenen am Tage vor seinem Ableben zugestanden hätte. Empfangsberechtigt ist von den oben genannten Angehörigen derjenige, der das Original der Ausgabebelege vorlegt.

(2) Sind Hinterbliebene nach Absatz 1 nicht vorhanden, so können Beihilfen zu diesen Aufwendungen auch an andere natürliche oder an juristische Personen unter Vorlage der Originalbelege gewährt werden, soweit sie durch diese Kosten belastet sind, die sie für den Beihilfeberechtigten bezahlt haben.

## **§ 12**

### **Bemessung der Beihilfe**

(1) Die Beihilfe beträgt für den alleinstehenden Beihilfeberechtigten 50 vom Hundert der beihilfefähigen Aufwendungen. Für Beihilfeberechtigte, die verheiratet sind, erhöht sich der Bemessungssatz, soweit nicht Absatz 2 Anwendung findet, auf 55 vom Hundert und für jedes Kind bzw. Enkelkind, das nach § 2 Abs. 2 zu berücksichtigen ist, um je 5 vom Hundert, jedoch höchstens auf 70 vom Hundert. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Ortszuschlag berücksichtigungsfähig, so erhöht sich der Bemessungssatz nur bei dem Beihilfeberechtigten, dem auch der entsprechende Ortszuschlag gewährt wird. Ist ein berücksichtigungsfähiges Kind zugleich Ehegatte eines Beihilfeberechtigten, so erhöht sich der Bemessungssatz nur beim Ehegatten. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Vollwaisen führen nicht zu einer Erhöhung des Bemessungssatzes. Empfänger von Vollwaisengeld werden bei der Bemessung der Beihilfe nach Satz 2 untereinander berücksichtigt, wenn ihr Versorgungsanspruch auf demselben Versorgungsfall beruht und sie nicht aufgrund eigener Beschäftigung selbst beihilfeberechtigt sind. Maßgebend für die Ermittlung des Bemessungssatzes sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung. Lagen abweichend von den Verhältnissen im Zeitraum der Antragstellung in dem Zeitraum, in dem die beihilfefähigen Aufwendungen entstanden sind, Verhältnisse vor, die bei Zugrundelegung für die Bemessung zu einem höheren Satz führen, ist hiervon auszugehen.

(2) Der Bemessungssatz erhöht sich nicht nach Absatz 1 Satz 2

1. wenn der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist oder nachzuweisende Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags von mehr als 10.000 Euro hat,
2. wenn berücksichtigungsfähige Ehegatte aufgrund eigener Tätigkeit, wegen des Bezugs einer Rente oder aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sind.

(3) Für Empfänger von Versorgungsbezügen erhöht sich der nach Absatz 1 zustehende Bemessungssatz um 10 vom Hundert. Für Empfänger von Witwen- oder Witwergeld erhöht sich der Bemessungssatz um weitere 5 vom Hundert. Satz 1 und 2 gelten nicht für Aufwendungen von Personen, die einen Anspruch auf eine beitragsfreie Krankenfürsorge haben.

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 21 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird.

(5) Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 1a Abs. 1 und § 2 Abs. 1 und 2 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine privaten Krankenversicherung ein Anspruch auf Zuschuß aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses in Höhe von mindestens 41 EURO monatlich besteht, ermäßigt sich der Bemessungssatz um 10 vom Hundert. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

(6) Sind Personen trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten von den Leistungen ausgeschlossen oder sind Leistungen eingestellt worden, so erhöht sich der zustehende Bemessungssatz für die davon betroffenen Aufwendungen in den Fällen der Absätze 1 und 3 um 20 vom Hundert. Die Beihilfe darf in diesen Fällen nicht mehr als 90 vom Hundert der beihilfefähigen Aufwendungen betragen. Satz 1 gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt. Satz 1 findet keine Anwendung in den Fällen des § 4a.

(7) In den Fällen des § 4a sind die beihilfefähigen Aufwendungen bis zur Höhe der in § 23 Abs. 3 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Bemessungssätze zu berücksichtigen.

(8) In besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung strenger Maßstäbe anzunehmen sind, kann der Senator für Finanzen die nach den Absätzen 1, 3 und 6 zustehenden Bemessungssätze erhöhen. Für den Bereich der Stadtgemeinde Bremerhaven kann eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach Satz 1 der Magistrat der Stadt Bremerhaven vornehmen. Eine Erhöhung des Bemessungssatzes scheidet in den Fällen des § 4 a aus.

## **§ 12a**

### **Eigenbehalt**

- (1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei einem Bemessungssatz (§ 12) ab
  - 50 vom Hundert um 100 Euro
  - 60 vom Hundert um 80 Euro
  - 70 vom Hundert um 70 Euro

je Kalenderjahr. Maßgebend ist der am 1. Januar des Kalenderjahres der Antragstellung bestehende Bemessungssatz. Änderungen, die rückwirkend zu einem vom Stichtag des jeweiligen Kalenderjahres abweichenden Bemessungssatz führen, bleiben unberücksichtigt. Die Minderung ist nicht bei Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 4a) und bei Aufwendungen im Sinne des § 9 Abs. 2 vorzunehmen.

(2) Bei Mitgliedern von Krankenkassen im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entfällt der Eigenbehalt.

## **§ 12b**

### **Begrenzung der Beihilfen**

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlaß gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentage-, Pfl egetage- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie Leistungen aus einer Versicherung für gesondert berechenbare Wahlleistungen (§ 7 der Bundespflegesatzverordnung) unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 4 bis 10 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 9 Abs. 2 unberücksichtigt.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach §§ 4a und 6 werden getrennt abgerechnet.

## **§ 13**

### **Verfahren und Datenschutz**

(1) Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten unter Verwendung der von der Beihilfefestsetzungsstelle herausgegebenen Formblätter gewährt. Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen.

(2) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte sie innerhalb eines Jahres nach Entstehung der Aufwendungen (§ 3 Abs. 4 Satz 2), spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt hat. Die Beihilfe zu den Aufwendungen für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung (§ 9 Abs. 2) ist innerhalb eines Jahres nach der Geburt oder der Annahme als Kind, die Beihilfe zu den Aufwendungen für Verpflegung bei Heilkuren (§ 6 Abs. 5 Nr. 2) innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Heilkur zu beantragen. Bei Beihilfen nach § 4a Abs. 4 ist für den Beginn der Frist der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, maßgebend. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

(3) Eine Beihilfe wird bei Mitgliedschaft in einer privaten Krankenversicherung nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten beihilfefähigen Aufwendungen insgesamt mehr als 200 EURO betragen. Erreichen die beihilfefähigen Aufwendungen aus sechs Monaten diese Summen nicht, so ist abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe zu gewähren. Entspre-

chendes gilt bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse, sofern diese anstelle von Sachleistungen Kostenerstattung gewährt hat.

(4) Auf eine zu erwartende Beihilfe können Abschlagszahlungen geleistet werden.

(5) Der Beihilfeberechtigte die ihm von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Anfordern vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung bleiben. Die Festsetzungsstelle hat ihn bei der Rückgabe der Belege darauf hinzuweisen.

(6) Die bei der Bearbeitung der Beihilfe bekannt gewordenen Angelegenheiten sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur für den Zweck verwandt werden, für den sie bekannt zu geben sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Berechtigung oder Verpflichtung zur Offenbarung oder der Beihilfeberechtigte oder der Angehörige ist damit einverstanden. Die Beihilfefestsetzungsstelle hat die notwendigen organisatorischen und technischen Maßnahmen zu treffen, um die im Zusammenhang mit Verfahren auf Gewährung von Beihilfe stehenden personenbezogenen Daten (Beihilfedaten) vor unbefugter Kenntnisnahme und Nutzung zu schützen. Gleiches gilt für solche Beihilfestammdaten, die auf Grund der Beihilfefestsetzung aus Bezügedaten festzustellen sind.

## **§ 14**

### **Verwaltungsvorschriften und Durchführungsbestimmungen**

Der für das Beihilferecht zuständige Senator für Finanzen kann zur Gewährung von Beihilfen nach Maßgabe dieser Verordnung Verwaltungsvorschriften und Durchführungsbestimmungen erlassen.

## **§ 14a**

### **Übergangsvorschrift**

Auf die Beihilfeberechtigungen, die vordem 6. Dezember 2013 bestanden haben, ist § 1a Absatz 4 Nummer 2 der Bremischen Beihilfeverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Juni 2005 (Brem.GBl. S. 215), die durch Artikel 2 der Verordnung vom 9. Mai 2010 (Brem.GBl. S. 249) geändert worden ist, weiter anzuwenden.

## **§ 15**

### **Inkrafttreten**

Die Beihilfeverordnung tritt mit Ausnahme von § 12a mit Wirkung vom 6. Dezember 2013 in Kraft. § 12a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2014 in Kraft.

## Notizen

# Anlagen zur Bremischen Beihilfeverordnung 2013

## Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 2 BremBVO)

### Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

#### 1. Allgemeines

- 1.1 Im Rahmen des § 4 Abs. 1 Nr. 1 sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 5 beihilfefähig.
- 1.2 Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. Aufwendungen für Behandlungen die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.
- 1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 5 schließen sich aus.

#### 2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

- 2.1 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind, und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines nach Formblatt zu stellenden Antrags sowie der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig.

- 2.2 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung,
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z.B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),

- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
  - seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.
- 2.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind grundsätzlich nur in dem Umfang beihilfefähig, als deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreiten:
- 2.3.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden;
- 2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden;
- 2.3.3 bei, tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden;
- 2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden;
- 2.3.5 bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei einem höheren Verhältnis sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder Jugendlichen abzuziehen.
- 2.4.1 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vordem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.
- 2.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- 2.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder

- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Psychologischer Psychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.3.1 Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.3.2 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach §12 PsychThG durchgeführt, muss er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierte und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kinder und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch, einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

2.5 Erfolgt die Behandlung durch, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

### **3. Verhaltenstherapie**

3.1 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines nach Formblatt zu stellenden Antrags sowie der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zu Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig.

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50-minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100-minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung,
- seelische, Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen - besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden - erkennen lassen.

3.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind grundsätzlich nur in dem Umfang beihilfefähig, als deren Dauer je Krankheit in Einzelbehandlung

- 40 Sitzungen,
- bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden, Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen nicht überschreiten.

Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig

3.4.1 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

3.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder

- in das Arztregister eingetragen sein oder
  - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 3.4.3 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.  
Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 3.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

#### **4. Begutachtung bei Überschreitung der Stundenzahl**

Zeigt sich im Verlauf der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach

- Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte bzw. besondere analytische Bearbeitung erfordert,
- Nummer 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere verhaltenstherapeutische Bearbeitung erfordert,

und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Abschnitt der Behandlung erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

#### **5. Psychosomatische Grundversorgung**

Die psychosomatische Grundversorgung umfasst verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung übender und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose).

5.1 Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:

- bei verbaler Intervention als einzige Leistung zehn Sitzungen;
- bei autogenem Training und bei der Jacobsonischen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen,;
- bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

5.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Gebietsbezeichnungen Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugend-

psychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin oder Urologie durchgeführt wird.

- 5.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.
- 5.4 Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

## **6. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren**

Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

- Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie, (z.B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, neuropsychologische Behandlung.
- Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten Therapiekonzepts beihilfefähig.
- Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

### **Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen**

Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach den folgenden Maßgaben beihilfefähig:

#### **1. Zahntechnische Leistungen**

Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, die bei einer zahnärztlichen Behandlung für konservierende Leistungen nach Abschnitt C Nummern 2150 bis 280, 2200 bis 2250 und 2310 bis 2320, prothetische Leistungen nach Abschnitt F und implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstehen, sowie Aufwendungen für Edelmetalle, Edelmetalllegierungen und Keramik sind einschließlich der Handwerksleistungen in Höhe von 60 vom Hundert beihilfefähig. Nummer 6 Buchstabe b bleibt unberührt.

#### **2. Kieferorthopädische Leistungen**

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen (Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind nur beihilfefähig, wenn

- a) die behandelte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; dies gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern,
- b) vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird,
- c) die Beihilfefestsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

#### **3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind nur beihilfefähig, wenn eine der nachstehenden Indikationen vorliegt:

- a) Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen im Kieferbereich (Myoarthropathien) größeren Umfangs,
- b) Zahnbetterkrankungen (Parodontopathien),
- c) umfangreiche Gebissanierung, d.h. wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung auf andere Weise nicht mehr feststellbar ist,
- d) umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

Dies gilt nur, wenn der erhobene Befund mit dem nach Nummer 8000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt belegt wird.

#### **4. Implantologische Leistungen**

Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur bis zu zwei Implantaten pro Kiefer beihilfefähig. Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnücken, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind, oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig; Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

#### **5. Große Brücken und Verbindungselemente**

Aufwendungen für große Brücken sind nur beihilfefähig, wenn durch

- a) sie bis zu vier fehlende Zähne je Kiefer oder bis zu drei fehlende Zähne je Seitenzahnggebiet,
- b) mehrere Einzelbrücken je Kiefer von bis zu vier fehlenden Zähnen, im Seitenzahnggebiet von bis

zu drei fehlenden Zähnen, insgesamt mehr als vier fehlende Zähne ersetzt werden.

Bei Kombinationsversorgungen sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer für bis zu drei Verbindungselemente je Kiefer, beihilfefähig.

**6. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für**

- a) Leistungen auf Grund einer Vereinbarung nach § 2 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte,
- b) Glaskeramik einschließlich anfallender Nebenkosten (u.a. Charakterisierung).

**Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke**

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind - ggf. im Rahmen der Höchstbeträge - beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:

Abduktionslagerungskeil  
Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)  
Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)  
Alarmgerät für Epileptiker  
Anatomische Brillenfassung  
Anti-Varus-Schuh  
Anus-*praeter*-Versorgungsartikel  
Anzieh-/Ausziehhilfen  
Aquamat  
Armmanschette  
Armtragegurt/-tuch  
Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl  
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)  
Aufrichteschlaufe  
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)  
Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/ -pipette/ -stäbchen  
Augenschielklappe, auch als Folie  
Badestrumpf  
Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits)  
Badewannenverkürzer  
Ballspritze  
Behinderten-Dreirad  
Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie  
Bettnässer-Weckgerät  
Beugebandage  
Billroth-Batist-Lätzchen  
Blasenfistelbandage  
Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)  
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)  
Blindenschriftmaschine  
Blindenstock/-langstock/-taststock  
Blutlanzette  
Blutzuckermessgerät  
Bracelet  
Bruchband  
Closett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)  
Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)  
Dekubitus-Schutzmittel (z. B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen

für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)  
 Delta-Gehrad  
 Drehscheibe, Umsetzhilfen  
 Druckbeatmungsgerät  
 Duschsitz/-stuhl  
 Einlagen (orthopädische)  
 Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten  
 Ekzem-Manschette  
 Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten  
 Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle, jedoch nicht  
 Fahrradergometer  
 Ernährungssonde  
 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)  
 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)  
 Fingerling  
 Fingerschiene  
 Fixationshilfen  
 (Mini)Fonator  
 Gehgipsgalosse  
 Gehhilfen und -übungsgeräte  
 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose,  
 Endoprothesenlockerung,  
 idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung  
 mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)  
 Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien  
 Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät,  
 Skolitrosegerät)  
 Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)  
 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)  
 Gipsbett, Liegeschale  
 Glasstäbchen  
 Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz  
 Gummistrümpfe  
 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze  
 Handgelenkriemen  
 Hebekissen  
 Heimdialysegerät  
 Helfende Hand, Scherenzange  
 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)  
 Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör  
 Hörgeräte (HdO, Taschengерäte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer,  
 drahtlose Hörhilfe,  
 Otoplastik; IdO-Geräte bis zur Höhe der Kosten von HdO-Geräten)  
 Hüftbandage (z. B. Hohmann-Bandage)  
 Impulsvibrator  
 Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör  
 Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher  
 Innenschuh, orthopädischer  
 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)  
 Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen  
 Ipos-Vorfußentlastungsschuh  
 Kanülen und Zubehör

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter  
 Klumpfußschiene  
 Klumphandschiene  
 Klyso  
 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern  
 Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage  
 Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation  
 Knöchel- und Gelenkstützen  
 Körperersatzstücke einschl. Zubehör  
 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose  
 Koordinator nach Schielbehandlung  
 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber  
 Kopfschützer  
 Krabblerrahmen für Spastiker  
 Krampfaderröhrchen  
 Krankenfahrstuhl mit Zubehör  
 Krankenstock  
 Kreuzstützbandage  
 Krücke  
 Latextrichter bei Querschnittlähmung  
 Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden  
 Lesegeräte für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme  
 hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen  
 Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)  
 Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter) Lisselsonde  
 Mangoldsche Schnürbandage  
 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen  
 Milchpumpe  
 Mundsperrerrahmen  
 Mundstab/-greifstab  
 Narbenschützer  
 Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. ä., auch Haltemanschetten usw.  
 Orthonyxie-Nagelkorrekturspange  
 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen  
 Pavlikbandage  
 Penisklemme  
 Peroneusschiene, Heidelberger Winkel  
 Perücken  
 Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung  
 Polarimeter  
 Quengelschiene  
 Reflektometer  
 Rektophor  
 Rollbrett  
 Rutschbrett  
 Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen  
 Schede-Rad

Schrägliegebrett  
 Schutzbrille für Blinde  
 Schutzhelm für Behinderte  
 Schwellstromapparat  
 Segofix-Bandagensystem  
 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte  
 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht  
 Skolioseumkrümmungsbandage  
 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)  
 Sphinkter-Stimulator  
 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion  
 Spreizfußbandage  
 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz  
 Spritzen  
 Stehübungsgerät  
 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik  
 Strickleiter  
 Stubbies  
 Stumpfschuhhülle  
 Stumpfstrumpf  
 Suspensorium  
 Symphysen-Gürtel  
 (Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar  
 Teleskoprampe  
 Tinnitus-Masker, auch in Kombination mit Hörgeräten Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten  
 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)  
 Tragegurtsitz  
 Übungsschiene  
 Urinale  
 Urostomie-Beutel  
 Vibrationstrainer bei Taubheit  
 Wasserfeste Gehhilfe  
 Wechseldruckgerät  
 Wright-Peak-Flow-Meter  
 Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.
3. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.
4. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
5. Die innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 Euro hinausgehenden Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

6. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind beihilfefähig.
7. Aufwendungen für Hörgeräte sind bis zu einem Höchstbetrag von 1050 Euro je Ohr beihilfefähig. Mit diesem Betrag sind sämtliche Nebenkosten bis auf die Kosten einer medizinisch notwendigen Fernbedienung abgegolten.
8. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.
9. Aufwendungen für Erektionshilfen sind nicht beihilfefähig.
10. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen, von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk  
 Adju-Set/-Sano  
 Angorawäsche  
 Aqua-Therapie-Hose  
 Arbeitsplatte zum Rollstuhl  
 Augenheizkissen  
 Autofahrerrückenstütze  
 Autokindersitz  
 Autokofferraumlifter  
 Autolifter  
 Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte  
 Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)  
 Basalthermometer  
 Basisrampe  
 Bauchgurt  
 Behindertenstuhl „eibe“  
 Berkemannsandalen  
 Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie  
 Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze  
 Bett-Tisch  
 Bidet  
 Bill-Wanne  
 Blinden-Schreibsystem  
 Blinden-Uhr  
 Blutdruckmessgerät  
 Brückentisch  
 Corolle-Schuh  
 Dusche  
 Einkaufsnetz  
 Einmal-Handschuhe

Eisbeutel und -kompressen  
Elektrische Schreibmaschine  
Elektrische Zahnbürste  
Elektrofahrzeuge (z. B. LARK, Graf Carello)  
Elektro-Luftfilter  
Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)  
Elektronisches Notizbuch  
Eß- und Trinkhilfen  
Expander  
Farberkennungsgerät  
Fieberthermometer  
(Funk-)Lichtwecker  
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)  
Ganter-Aktiv-Schuhe  
(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge  
Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)  
Handtrainer  
Hängeliege  
Hantel (Federhantel)  
Hausnotrufsystem  
Hautschutzmittel  
Heimtrainer  
Heizdecke/-kissen  
Hilfsgeräte für die Hausarbeit  
Holzsandalen  
Höhensonne  
Hörkissen  
Hörkragen Akusta-Coletta  
Intraschallgerät „NOVAFON“  
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)  
Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)  
Ionopront, PermoX-Sauerstoffzeuger  
Katapultsitz  
Katzenfell  
Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst)  
Knickfußstrumpf  
Knoche Natur-Bruch-Slip  
Kolorimeter  
Kommunikationssystem  
Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung  
Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidekubitusbett)  
Krankenunterlagen  
Kreislaufgerät „Schiele“  
Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil  
Language-Master  
Linguaduc-Schreibmaschine  
Luftpolsterschuhe  
Luftreinigungsgeräte  
Magnetfolie  
Monophonator  
Munddusche  
Nackenheizkissen

Nagelspange Link  
Öldispersionsapparat  
Orthopädische Bade- und Turnschuhe  
Prothesenschuh  
Pulsfrequenzmesser  
Rollstuhzuggerät, auch handbetrieben  
Rotlichtlampe  
Rückentrainer  
Salbenpinsel  
Sauerstoffgeräte  
Schlaftherapiegerät  
Sicherheitsschuh, orthopädisch  
Spezialsitze  
Spirometer  
Spranzbruchband  
Sprossenwand  
Sterilisator  
Stimmübungssystem für Kehlkopflose  
Stockroller  
Stockständer  
Stützstrümpfe  
Stufenbett  
SUNTRONIC-System (AS 43)  
Taktellgerät  
Tamponapplikator  
Tandem für Behinderte  
Telefonverstärker  
Telefonhalter  
Therapeutische Wärmesegmente  
Therapeutisches Bewegungsgerät  
Transit-Rollstuhl  
Treppenlift, Monolift, Plattformlift  
Tünkers Butler  
Übungsmatte  
Umweltkontrollgerät  
Urin-Prüfgerät Uromat  
Venenkissen  
Waage  
Wandstandgerät  
WC-Sitz  
Zahnpflegemittel  
Zehenkorrektursandale  
Zweirad für Behinderte.

11. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in dieser Anlage aufgeführt noch den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die Beihilfefestsetzungsstelle im Einvernehmen mit dem Senator für Finanzen.
12. Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:
  - 12.1 Sehhilfen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind beihilfefähig. Voraussetzung für die Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines

- Augenarztes. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.
- 12.2 Aufwendungen für Brillen sind - einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung - bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
- |  |             |
|--|-------------|
| a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt): |             |
| Einstärkengläser: für das sph. Glas                                  | 31,00 Euro  |
| für das cyl. Glas  | 41,00 Euro  |
| Mehrstärkengläser: für das sph. Glas                                 | 72,00 Euro  |
| für das cyl. Glas  | 92,50 Euro  |
| b) bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):                     |             |
| zuzüglich je Glas  | 21,00 Euro  |
| c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:                                |             |
| zuzüglich je Glas  | 21,00 Euro  |
| d) Gläser mit prismatischer Wirkung:                                 |             |
| zuzüglich je Glas  | 21,00 Euro. |
- 12.3 Brillen mit besonderen Gläsern  
Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nr. 12.2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:
- 12.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser  
(hochbrechende mineralische Gläser)
- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| zuzüglich je Glas bis zu | 21,00 Euro |
|--------------------------|------------|
- a) bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,  
b) bei Anisotropien ab 2 dpt,  
c) unabhängig von der Gläserstärke
- aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,  
    bb) bei Patienten mit chronische Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,  
    cc) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.
- 12.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser),  
phototrope Gläser
- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| zuzüglich je Glas bis zu | 11,00 Euro |
|--------------------------|------------|
- a) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsen-trübungen),  
b) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),  
c) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),  
d) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,  
e) bei Ziliarneuralgie,  
f) bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,  
g) bei totaler Farbenblindheit,  
h) bei Albinismus,  
i) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,  
j) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),

- k) bei Gläsern ab + 10 dpt,
  - l) im Rahmen einer Fotochemotherapie,
  - m) bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.
- 12.4 Kontaktlinsen
- 12.4.1 Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.
- 12.4.2 Sofern ein Ausnahmefall nach Nummer 12.4.1 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.
- 12.4.3 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.
- 12.4.4 Beihilfefähig sind ferner neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen – im Rahmen der Nr. 12.2 und 12.3 – Aufwendungen für
- a) eine Reservebrille oder
  - b) eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinsen und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie.
- 12.5 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang beihilfefähig:
- a) für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummer 12.2 und 12.3 (die Voraussetzungen der Nummer 12.3.1 entfallen),
  - b) für eine Brillenfassung bis zu 52,00 Euro.
- 12.6 Im Übrigen sind Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil:
- a) sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
  - b) die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
  - c) sich die Kopfform geändert hat.
- 12.7 Aufwendungen für:
- a) Brillenversicherungen und
  - b) Etais sind nicht beihilfefähig.
13. Beihilfefähig sind ferner nach schriftlicher Verordnung eines Augenarztes Sehhilfen nach Nummer 12 für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die unter folgenden Erkrankungen leiden:
- a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder
  - b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder
  - c) gravierende Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
  - d) erhebliche Gesichtsfeldausfällen.
- Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 33 Abs. 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Fällen beihilfefähig.
- Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.
14. Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
- a) Anschaffungen zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach

ärztlicher Verordnung,

b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

aa) Unterrichtsstunde a 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden, 56,43 Euro

bb) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten Takt anteilig berechnet wird, 44,87 Euro

cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, 0,30 Euro

dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist. 26,00 Euro

Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden.

Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstabe b.

d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich. Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.