Freie Hansestadt Bremen

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

Bremische Beihilfeverordnung

Inkrafttreten: 01.04.2010
Zuletzt geändert durch: mehrfach geändert, Anlage 1 neu gefasst, Anlage 3 wird Anlage 4 und geändert, Anlagen 3a, 3b, 5, 6a und 6b eingefügt durch Verordnung vom 21.05.2019 (Brem.GBl. S. 444; 508)*)
Fundstelle: Brem.GBl. 2005, 215
Gliederungsnummer: 2042-e-1

außer Kraft

vgl. Neubekanntmachung vom 10.03.2020 (BremGBl. S. 60, 61)

Fußnoten

*) [Gemäß Bekanntmachung vom 29. November 2022 (Brem.GBl. S. 865) wird folgende Entscheidungsformel aus dem Urteil des Oberverwaltungsgerichts der Freien Hansestadt Bremen vom 16. Dezember 2020 – OVG: 2 D 291/19 – veröffentlicht: „Artikel 1 der Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung vom 21.05.2019, verkündet am 18.06.2019, (Brem.GBl. 2019, S. 444 - 506) wird insoweit für unwirksam erklärt, als § 4j BremBVO die bisherige Beihilfe für vollstationäre Pflege gemäß § 4d Abs. 2 BremBVO a.F. ersetzt.”]

§ 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.

§ 1a
Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte und Richter,

2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens 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. Halbwaisen, wenn der lebende Elternteil oder der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist und Ansprüche auf Beihilfen zu den Aufwendungen für die Halbwaise hat,

außer Kraft

5. Beamte und Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages, nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes oder nach entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

(3) Die in den bremischen Dienst abgeordneten Beamten erhalten Beihilfen nach diesen Vorschriften; Vereinbarungen der beteiligten Dienstherren über einen Ausgleich der gewährten Leistungen bleiben unberührt.

(4) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,

2. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsbezüge

aus.

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

(6) Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

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

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

außer Kraft

§ 2
Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in 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 Beihilfeberechtigten,

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;

außer Kraft

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 Familienzuschlag 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 Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, so sind die Aufwendungen für das Kind von dem Beihilfeberechtigten geltend zu machen, dem auch der entsprechende Familienzuschlag 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 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.

außer Kraft

§ 3
Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind die notwendigen Anwendungen 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 psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. 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 Dienstleistungen 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-

außer Kraft

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 (§ 1 a 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,

außer Kraft

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, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund 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 § 55 Abs. 1 des Fünften Sozialgesetzbuch auf 65 vom Hundert erhöhte Zuschuss als gewährte Leistung. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie 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 von 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 auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 1 a Abs. 5 und 6 Satz 2) beihilfefähig sind.

außer Kraft

§ 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 Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung) in Form von

a) Fallpauschalen und Sonderentgelten (§ 11 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 Krankenhausleistungen (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), es sei denn, daß §§ 4 a oder 5 anzuwenden sind. Bei der Behandlung 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,

2. a) 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 Menschen), 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 beihilfefähig. 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 eines 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 1 b zum Bundes- Angestelltentarifvertrag).

außer Kraft

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, § 4 a, § 5 Abs. 1, § 8 a Abs. 3 Nr. 2 und § 9 Abs. 1 Nr. 4) des den Haushaltsführenden, nicht oder nur geringfügig erwerbstätigen berücksichtigungsfähigen Familienangehörige 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)

außer Kraft

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 verordnete 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.

außer Kraft

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, 2 a, 6, 8 und 10, die bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen,

außer Kraft

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.

außer Kraft

§ 4a
Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege nach Maßgabe der folgenden Absätze neben anderen nach § 4 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig.

(2) Dauernd pflegebedürftig sind Personen, die 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 Maße der Hilfe bedürfen. Die nach Satz 1 pflegebedürftige Person muß mindestens der Pflegestufe 1 nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zuzuordnen sein. §§ 14 und 15 Abs. 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(3) Bei einer häuslichen Pflege oder teilstationären Pflege (Tages- oder Nachtpflege) durch geeignete Pflegekräfte sind die Aufwendungen 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 1 b zum BAT beihilfefähig. Bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand können in der Pflegestufe III die Aufwendungen bis zur Höhe von 80 vom Hundert der Kosten dieser Pflegekraft als beihilfefähig anerkannt werden.

(4) Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt, Sie bestimmt sich nach den Pflegestufen des § 15 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und beträgt monatlich in der Pflegestufe

1. I 205 Euro,
2. II 410 Euro,
3. III 665 Euro.

Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

(5) Wird die häusliche Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Absatz 3) und durch andere Personen Absatz 4 erbracht, wird die Beihilfe nach Absatz 3 und 4 anteilig gewährt.

(6) Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit § 43 Abs. 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten bis zum niedrigsten Satz einer für die Unterbringung in Betracht kommenden Einrichtung sind nur insoweit beihilfefähig, als sie folgende Eigenanteile übersteigen:

1. bei Beihilfeberechtigten mit berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 vom Hundert des Einkommens,

2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. Angehörige im Sinne des Satzes 2 sind Personen, die nach § 2 zu berücksichtigen sind.

außer Kraft

(7) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen der Absätze 3 und 6 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 3 Abs. 8 sowie § 12 sind hierbei nicht anzuwenden. Über den Gesamtwert nach Satz 1 hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen der Absätze 3 und 6 beihilfefähig.

(8) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Personen, die in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung versichert sind, ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden; § 3 Abs. 2 Satz 5 bleibt hiervon unberührt. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Die Beihilfe wird vom Beginn des Monats an gewährt, in dem erstmalig ein Antrag bei der Festsetzungsstelle gestellt worden ist, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(9) Aufwendungen für eine Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder Erziehung im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen (§ 71 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch), sind bis zu 256 Euro (§ 43 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 7 entsprechend. Daneben wird eine Beihilfe nach Absatz 6 nicht gewährt.

außer Kraft

§ 4b
Beihilfefähige Aufwendungen bei Versorgung in Hospizen

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

§ 5
Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsaufenthalten

(1) Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Sanatorium sowie die Auslagen für Kurtaxe und die Kosten des ärztlichen Schlußberichtes sind neben den Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 6, 8 und 10 nur dann beihilfefähig, wenn

1.

nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann und

2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Die Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird. War eine sofortige Einlieferung des Erkrankten zur stationären Behandlung in einem Sanatorium dringend geboten, kann die Beihilfefähigkeit nachträglich anerkannt werden, wenn der Antrag auf Anerkennung unverzüglich nach der Einlieferung nachgeholt wird.

(2) Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erforderlichen Erkrankung,

2. in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist. In diesen Fällen ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen,

3. bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach der Stellungnahme des Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

(3) Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sind für höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich, bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig. 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes und die Kurtaxe sind für Begleitpersonen von schwerbehinderten Menschen beihilfefähig, für die die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist. Voraussetzung ist eine Bestätigung des Sanatoriums, daß für eine erfolgversprechende Sanatoriumsbehandlung eine Begleitperson notwendig ist.

(4) Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten eines Sanatoriumsaufenthaltes nicht anerkannt worden, so sind nur die notwendigen Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 6 und 8 beihilfefähig.

(5) Ein Sanatorium im Sinne dieser Verordnung ist ein Krankenhaus, in dem

1.

außer Kraft

unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen (mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie und dergleichen) durchgeführt werden und

2. die für die Behandlung erforderlichen Einrichtungen und Pflegepersonen vorhanden sind.

§ 6
Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkuren

(1) Beamten und Richtern (§ 1 a Abs. 1 Nr. 1) werden Beihilfen gewährt zu den Aufwendungen für eine planmäßige Heilkur unter örtlicher ärztlicher Leitung in einem inländischen Mineral-, Moor- oder Seeheilbad oder in einem für Klimaheilkuren oder Kneippheilkuren geeigneten Ort, wenn diese im Heilkurorteverzeichnis des Bundesministeriums des Innern aufgeführt sind; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein. Voraussetzung hierfür ist, daß die zuständige Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit auf Grund der Stellungnahme eines Amtsarztes vor Beginn der Kur schriftlich anerkannt hat, weil sie als Heilmaßnahme zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit notwendig und der gleiche Heilerfolg durch eine andere Behandlungsweise am Wohnort oder in nächster Umgebung nicht zu erwarten ist. Die Anerkennung nach Satz 2 gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(2) Beihilfen zu den Kosten einer Heilkur werden nach Maßgabe des Absatzes 1 auch Ruhestandsbeamten gewährt, die wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden sind, wenn die Kur nach amtsärztlicher Stellungnahme zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit führt und die erneute Berufung in das Beamtenverhältnis ermöglicht (§ 29 des Beamtenstatusgesetzes in Verbindung mit § 43 des Bremischen Beamtengesetzes).

(3) Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Heilkur ist nicht zulässig

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während der Elternzeit sowie während einer Zeit, in der der Beihilfeberechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, daß der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,

2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach der Stellungnahme des Amts- oder

außer Kraft

Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,

3. nach Stellung des Antrages auf Entlassung,

4. wenn das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird.

(3a) Bei Anwendung des Absatzes 3 Nr. 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei

1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage (Bürgerschaft),

2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden,

der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

(4) Beihilfefähig sind neben Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 6, 8 und 10 die Kosten für

1. die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson, und den ärztlichen Schlußbericht,

2. Unterkunft und Verpflegung für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Betrag von 16 Euro täglich, bei schwerbehinderten Beihilfeberechtigten, für die die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson bis zum Betrag von 13 Euro täglich.

(5) Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Heilkur nicht vorher anerkannt worden, so sind nur die notwendigen Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 6 und 8 beihilfefähig. Beihilfen für Nachkuren werden nicht gewährt.

(6) Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren unter Anwendung des Absatzes 4 beihilfefähig; die Absätze 1 und 3 gelten entsprechend. Müttergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren sind Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als gleichartig anerkannten Einrichtung.

außer Kraft

§ 7
Beihilfefähige Aufwendungen bei zahnärztlichen Leistungen

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den Abschnitten C Nummern 214 bis 217, 220 bis 224, F, H, J und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind nur beihilfefähig, wenn bei Beginn der Behandlung

1. der Beihilfeberechtigte

a) mindestens ein Jahr ununterbrochen oder

b) insgesamt mindestens zehn Jahre dem 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 auf Grund 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 § 1 a 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).

außer Kraft

§ 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. Dies gilt nicht für Schutzimpfungen aus Anlass von privaten Reisen außerhalb der Europäischen Union.

§ 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) der Erhaltung einer Schwangerschaft,

c) der Feststellung der Voraussetzungen für den Abbruch einer Schwangerschaft.

außer Kraft

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 § 27 a Abs. 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

außer Kraft

§ 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 Deutschland 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 vertrauensärtzliches 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

außer Kraft

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 Heilkurorteverzeichnis 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.

außer Kraft

§ 11
Beihilfe beim Tode des Beihilfeberechtigten

(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 Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, so erhöht sich der Bemessungssatz nur bei dem Beihilfeberechtigten, dem auch der entsprechende Familienzuschlag gewährt wird. Die Erklärung kann nur in begründeten Fällen geändert werden. 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 auf Grund eigener Beschäftigung selbst beihilfeberechtigt sind. Maßgebend für die Ermittlung des Bemessungssatzes sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung. Lagen abweichend von den Verhältnissen im Zeitpunkt 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 der berücksichtigungsfähige Ehegatte auf Grund eigener Tätigkeit, wegen des Bezugs einer Rente oder auf Grund 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 § 1 a Abs. 1 und § 2 Abs. 1 und 2 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Anspruch auf Zuschuss auf Grund 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

außer Kraft

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. 2 a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt. Satz 1 findet keine Anwendung in den Fällen des § 4 a.

(7) In den Fällen des § 4 a 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 einer Erhöhung des Bemessungssatzes nach Satz 1 der Magistrat der Stadt Bremerhaven vornehmen. Eine Erhöhung des Bemessungssatzes scheidet in Fällen des § 4 a aus.

außer Kraft

§ 12a
Eigenbehalt

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei einem Bemessungssatz (§ 12) ab

50 vom Hundert	um 150 Euro
60 vom Hundert	um 120 Euro
70 vom Hundert	um 100 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, leiben unberücksichtigt. Die Minderung ist nicht bei Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 4 a) 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, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentage-, Pflegetage- 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 Summe nicht, so ist abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe zu gewähren. Entsprechendes 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 hat die ihm von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Anforderung vorzulegen, soweit sie nicht bei einer

außer Kraft

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.

§ 15
In-Kraft-Treten

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

außer Kraft

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 auf Grund 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), vegetativfunktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,

- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung,

-

außer Kraft

seelische Behinderung auf Grund 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 auf Grund 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;

außer Kraft

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 vor dem 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

-

außer Kraft

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

außer Kraft

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 auf Grund 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.

außer Kraft

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 50minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die 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 auf Grund 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 auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),

- seelische Behinderung auf Grund 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

außer Kraft

- 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

außer Kraft

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, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

5.1

außer Kraft

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 Jacobsonschen 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 Jugendpsychiatrie 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:

außer Kraft

Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächpsychotherapie, (z.B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrative Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurhythmie, 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.

außer Kraft

Anlage 2

(zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 2 und § 7 BremBVO)

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 213 bis 232, 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 Gebisssanierung, 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 800 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 Einzelzahnlücken, 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.

außer Kraft

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 Seitenzahngebiet,

b) mehrere Einzelbrücken je Kiefer von bis zu vier fehlenden Zähnen, im Seitenzahngebiet 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).

außer Kraft

Anlage 3

(zu § 4 Abs. 1 Nr. 9 BremBVO)

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, Polyarthritis)

Badewannenverkürzer

Ballspritze

außer Kraft

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

außer Kraft

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 Peronaeus-Prothese)

Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

Fingerling

Fingerschiene

Fixationshilfen

(Mini)Fonator

Gehgipsgalosche

Gehhilfen und -übungsgeräte

Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und

außer Kraft

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, Taschengeräte, 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)

außer Kraft

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

außer Kraft

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Krabbler für Spastiker

Krampfaderbinde

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)
Lispelsonde

Mangoldsche Schnürbandage

Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen

Milchpumpe

Mundsperrer

außer Kraft

Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. ä., auch Haltemanschetten usw.

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen

Pavlikbandage

Penisklemme

Peronaeusschiene, 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

außer Kraft

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

außer Kraft

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.

außer Kraft

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

außer Kraft

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

außer Kraft

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)

außer Kraft

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-Sauerstofferzeuger

Katapultsitz

außer Kraft

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

außer Kraft

Öldispersionsapparat

Orthopädische Bade- und Turnschuhe

Prothesenschuh

Pulsfrequenzmesser

Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben

Rotlichtlampe

Rückentrainer

Salbenpinsel

Sauerstoffgeräte

Schlaftherapiegerät

Sicherheitsschuh, orthopädisch

Spezialsitze

Spirometer

Spranzbruchband

Sprossenwand

Sterilisator

Stimmübungssystem für Kehlkopflose

Stockroller

Stockständer

Stützstrümpfe

außer Kraft

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

außer Kraft

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

außer Kraft

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 Anisometropien 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, Linsentrübungen),

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)

außer Kraft

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

außer Kraft

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) Etuis 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

außer Kraft

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, Fernrohrlupenbrille, 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

außer Kraft

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.

außer Kraft