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

Bremische Beihilfeverordnung

Inkrafttreten: 01.07.2019
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 und grundsätzlich nicht verpfändet werden. Abweichend von Satz 3 ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger wegen einer Forderung auf Grund einer beihilfefähigen Leistung insoweit zulässig, als die Beihilfe noch nicht ausgezahlt ist. Die Beihilfefestsetzungsstelle kann Beihilferückforderungen mit Leistungen nach dieser Verordnung aufrechnen.

§ 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.

außer Kraft

Halbwaisen, wenn der lebende Elternteil oder der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist und Ansprüche auf Beihilfen zu den Aufwendungen für die Halbwaise hat,

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. Nummer 2 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.

(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

außer Kraft

nach einer den Beihilfevorschriften des Landes im wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht.

§ 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 Fällen dauernder Pflegebedürftigkeit

a) des Beihilfeberechtigten,

b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten,

c) für die nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kinder;

3. 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;

4. für Schutzimpfungen

a) des Beihilfeberechtigten,

b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten,

außer Kraft

c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes;

5. in Fällen des Schwangerschaftsabbruchs

a) der Beihilfeberechtigten,

b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten,

c) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter;

6. 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

außer Kraft

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.

§ 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

außer Kraft

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- 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

außer Kraft

der nachzuweisenden Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des Ehegatten im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages 10 000 Euro nicht übersteigt. Sofern sich jedoch die Einkünfte im Jahr der Antragstellung verringert haben, wird auf einen spätestens drei Monate nach Ablauf des entsprechenden Kalenderjahres zu stellenden Antrag die Beihilfe unter Zugrundelegung der nachgewiesenen reduzierten Einkünfte neu berechnet, wenn dies günstiger ist.

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

(8) Steht dem Beihilfeberechtigten oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen Heilfürsorge, Krankenhilfe, 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. Zu den Aufwendungen kann vorübergehend eine finanzielle Hilfe gewährt werden. Die finanzielle Hilfe ist zurückzuzahlen. Eine Aufrechnung mit der Beihilfe ist zulässig. Das Nähere zu den Sätzen 2 bis 4 regelt die Beihilfefestsetzungsstelle im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde.

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

§ 4
Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

außer Kraft

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. Leistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vergütet werden; für

a) vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

b) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung),

c) im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare belegärztliche Leistungen (§ 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes),

d) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, sofern dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes);

Buchstabe a bis d gelten bei der Behandlung in einem Krankenhaus, das die Bundespflegesatzverordnung nicht anwendet, entsprechend. Die Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die bei Behandlung in einem städtischen Krankenhaus der Stadtgemeinde Bremen oder Bremerhaven beihilfefähig wäre,

2a) Unterkunft, wenn ein anderer Ort für eine notwendige, ambulante Behandlung, Untersuchung u. dgl. aufgesucht werden muß, bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich. Ist die Begleitung durch eine andere Person notwendig (z.B. bei Kindern, schwerbehinderten 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,

außer Kraft

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. Angemessen im Sinne des Satzes 1 sind Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts einer Pflegekraft der öffentlichen oder freiengemeinnützigen Träger, die für die häusliche Krankenpflege in Betracht kommen.

5. eine Familien- und Haushaltshilfe stündlich bis zur Höhe des von der Bundesregierung nach § 11 des Mindestlohngesetzes verordneten allgemeinen Mindestlohns, höchstens für 6 Stunden täglich, wenn

a) die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Haushalt wegen ihrer notwendigen stationären Unterbringung nicht weiterführen kann oder verstorben ist,

b) diese Person, ausgenommen Alleinerziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist; eine Erwerbstätigkeit ist geringfügig, wenn die regelmäßige Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit einer vollbeschäftigten Person beträgt,

c) im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und

d) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann;

Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt worden ist, sind in der nach Satz 1 bestimmten Höhe bis zu 28 Tagen beihilfefähig bei schwerer Krankheit oder bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5

außer Kraft

vorliegt; dies gilt auch für Alleinstehende. Nach dem Tod der haushaltsführenden Person sind die Aufwendungen nach Satz 1 für sechs Monate, in Ausnahmefällen für 12 Monate beihilfefähig. § 4 Absatz 1 Nummer 4 Satz 3 und 4 gelten entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen, die pflegebedürftig sind oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt eines nahen Angehörigen im Sinne des § 3 Absatz 7 sind mit Ausnahme der Fahrkosten nach Nummer 10 nicht beihilfefähig.

6. die vom Arzt oder Zahnarzt bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages von 6 Euro für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Maßgebend für den Abzugsbetrag ist der Apothekenabgabepreis der jeweiligen Packung (Einheit). Bei Aufwendungen für Personen bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres sowie Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des Mindestruhegehaltes (§ 14 Abs. 4 Beamtenversorgungsgesetz) ist der Betrag nach Satz 1 nicht abzusetzen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

a) wissenschaftlich nicht anerkannte Arzneimittel; § 4 Abs. 2 gilt entsprechend,

b) Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,

c) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,

d) Mund- und Rachentherapeutika ausgenommen bei Pilzinfektionen,

e) Abführmittel, ausgenommen bei erheblichen Grunderkrankungen,

f) Arzneimittel gegen Reisekrankheit,

g) Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nach dem Arzneimittelgesetz nicht anerkannte Mittel, sowie unwirtschaftliche Arzneimittel,

außer Kraft

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,

Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind beihilfefähig, wenn sie in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.

7. eine vom Arzt oder von der Gesundheitsbehörde schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,

8. ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel und bei der Anwendung der Heilmittel verbrauchte Stoffe. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Heilmittel bestimmen sich nach Anlagen 3a und 3b

9. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 4.

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 § 5 Absatz 2 Satz 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,

außer Kraft

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,

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 nach der Anlage 5 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
Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen

(1) Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen nach Maßgabe des Absatzes 2, der §§ 4b bis 4h und der §§ 4j bis 4m, wenn sie pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind.

(2) Aufwendungen für Pflegeleistungen sind nur beihilfefähig bei Beihilfeberechtigten oder deren berücksichtigungsfähige Angehörige

1. der Pflegegrade 2 bis 5 nach Maßgabe der §§ 4b bis 4e und

2. des Pflegegrades 1 nach § 4l.

§ 4b
Häusliche Pflege

(1) Aufwendungen für häusliche Pflege entsprechend § 36 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte erbracht wird, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn Aufwendungen wegen desselben Sachverhalts für eine häusliche Krankenpflege nach § 4 Absatz 1 Nummer 4 beihilfefähig sind. § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Leistungen

1. zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende oder

2. zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags

sind entsprechend den §§ 45a und 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(3) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 wird eine Pauschalbeihilfe gewährt, sofern die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 2 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches

außer Kraft

Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten die Pauschalbeihilfe zur Hälfte.

(4) Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, wird die Pauschalbeihilfe für den Teilmonat nur anteilig gewährt; dabei ist ein Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Pauschalbeihilfe wird fortgewährt

1. während einer Verhinderungspflege nach § 4d für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und

2. während einer Kurzzeitpflege nach § 4f für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe. Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.

(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht.

(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sofern für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

außer Kraft

§ 4c
Kombinationsleistungen

(1) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach § 4b Absatz 1 nur teilweise durch eine geeignete Pflegekraft, die die Voraussetzungen nach § 4b Absatz 1 Satz 2 erfüllt, wird neben der Beihilfe anteilige Pauschalbeihilfe nach § 4b Absatz 3 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach § 4b Absatz 1 gewährt wird.

(2) Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt

1. während einer Verhinderungspflege nach § 4d für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und

2. während einer Kurzzeitpflege nach § 4f für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe.

(3) Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten ungeminderte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

außer Kraft

§ 4d
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson*)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

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.”]

§ 4e
Teilstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind entsprechend § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn

1. häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder

2. die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

(2) Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

(3) Aufwendungen für Leistungen der teilstationären Pflege sind neben den Aufwendungen nach § 4b Absatz 1 oder 3 oder nach § 4c beihilfefähig.

§ 4f
Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, sind Aufwendungen für Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

§ 4g
Ambulant betreute Wohngruppen

Entstehen Aufwendungen nach § 4b Absatz 1 bis 3 oder nach § 4c in ambulant betreuten Wohngruppen und sind auch die Voraussetzungen nach § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, wird eine weitere Beihilfe entsprechend § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum jeweiligen Bemessungssatz gewährt. Daneben sind Aufwendungen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen entsprechend § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

§ 4h
Pflegehilfsmittel und Maßnahmen
zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und

2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist derjenige Betrag dem Grunde nach beihilfefähig, der für die Berechnung der anteiligen Versicherungsleistungen zugrunde gelegt worden ist.

außer Kraft

§ 4i
Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

(1) Auf Antrag der Pflegeperson sind beihilfefähig

1. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und

2. Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Festsetzungsstelle führt an die jeweiligen Leistungsträger Leistungen ab für die

1. Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur sozialen Sicherung nach § 44 Absatz 1, 2 und 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch und

2. Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nach § 26 Absatz 2 Nummer 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit den §§ 345 und 347 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden in der Höhe gewährt, die dem Bemessungssatz der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person entspricht.

§ 4j
Vollstationäre Pflege *)

(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind:

1. pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und

2. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, sofern hierzu nicht nach § 4 Absatz 1 Nummer 4 Beihilfe gewährt wird.

§ 43 Absatz 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Rechnet die Pflegeeinrichtung monatlich ab, so sind auf besonderen Antrag Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, sowie für Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten beihilfefähig, sofern von den durchschnittlichen monatlichen nach

außer Kraft

Absatz 3 maßgeblichen Einnahmen höchstens ein Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

1. 8 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede beihilfeberechtigte und jede berücksichtigungsfähige Person sowie für jede Ehegattin oder jeden Ehegatten, für die oder den ein Anspruch nach Absatz 1 oder nach § 43 Absatz 1, 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,

2. 30 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für eine beihilfeberechtigte Person sowie für eine Ehegattin oder einen Ehegatten, für die oder den kein Anspruch nach Absatz 1 oder nach § 43 Absatz 1, 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,

3. 3 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 oder nach § 43 Absatz 1, 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht, und

4. 3 Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die beihilfeberechtigte Person.

Satz 1 gilt bei anderen Abrechnungszeiträumen entsprechend. Hat eine beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Person Anspruch auf Zuschuss zu den Unterkunfts-, Investitions- und Verpflegungskosten nach landesrechtlichen Vorschriften, sind die Aufwendungen nach Satz 1 in Höhe des tatsächlich gezahlten Zuschusses zu mindern.

(3) Maßgeblich sind die im laufenden Kalenderjahr der Antragstellung erzielten Einnahmen. Einnahmen sind:

1. die Bruttobezüge nach § 2 des Bremischen Besoldungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben, und der Altersteilzeitzuschlag; unberücksichtigt bleibt der kinderbezogene Familienzuschlag,

2. die Bruttobezüge nach § 2 des Bremischen Beamtenversorgungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben; unberücksichtigt bleiben der Unterschiedsbetrag nach § 57 Absatz 1 Satz 2 des Bremischen Beamtenversorgungsgesetzes, sofern der beihilfeberechtigten Person nicht nach § 69 des Bremischen Beamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen, sowie der Unfallausgleich nach § 39 des Bremischen

außer Kraft

Beamtenversorgungsgesetzes und die Unfallentschädigung nach § 48 des Bremischen Beamtenversorgungsgesetzes,

3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person, der Ehegattin oder des Ehegatten; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt; dabei bleiben Leistungen der Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch unberücksichtigt, sowie

4. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten; unberücksichtigt bleibt der Anteil einer gesetzlichen Rente, der der Besteuerung unterliegt.

(4) Beihilfefähig sind Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung entsprechend § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

(5) Beihilfefähig sind Aufwendungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn

1. die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder

2. festgestellt wurde, dass die zuvor pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist.

(6) Absatz 2 gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

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.”]

außer Kraft

§ 4k
Einrichtungen der Behindertenhilfe

Beihilfefähig sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen.

§ 4l
Aufwendungen bei Pflegegrad 1

Für pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen des Pflegegrades 1 sind Aufwendungen beihilfefähig für:

1. Beratung im eigenen Haushalt nach § 4b Absatz 6,

2. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4g, ohne dass Aufwendungen nach § 4b Absatz 1 bis 3 oder nach § 4c entstanden sein müssen,

3. Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 4h,

4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 4j Absatz 4,

5. vollstationäre Pflege nach § 4j Absatz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich,

6. den Entlastungsbetrag nach § 4b Absatz 2 in Verbindung mit § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch,

7. Rückstufung nach § 4j Absatz 5.

außer Kraft

§ 5
Aufwendungen bei Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in

1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,

2. in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.

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

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

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

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

1. für gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 6 und 8,

2. nach § 4 Absatz 1 Nummer 5,

3. für Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Tagessatz zuzüglich Kurtaxe,

außer Kraft

4. für den ärztlichen Schlussbericht,

5. für die An- und Abreise

a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und

b) mit privaten Kraftfahrzeugen in Höhe von 0,20 Euro je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200 Euro.

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

außer Kraft

§ 5a
Aufwendungen bei Suchtbehandlungen

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

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

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

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

(5) Im Zusammenhang mit einer stationären Suchtbehandlung sind Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson bis zur Höhe der von den gesetzlichen

Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern getragenen Kosten beihilfefähig, wenn eine Begleitung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

§ 5b
Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 5c
Neuropsychologische Therapie

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

1. der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirntrauma und

2. durchgeführt werden von Fachärztinnen oder Fachärzten für

a) Neurologie,

b) Nervenheilkunde, Psychiatrie oder Psychotherapie,

c) Kinder-und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder

d) Neurochirurgie und Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

die zusätzlich zu ihrer Gebietsbezeichnung über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. Satz 1 gilt auch bei Behandlungen, die durchgeführt werden von

1. ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,

2. psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder

3. Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,

außer Kraft

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

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

1. ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität insbesondere ADHS oder ADS, Intelligenzminderung,

2. es sich um Hirnerkrankungen mit progredientem im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimertyp, handelt oder

3. die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.

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

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen,

2. bei Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

a) im Regelfall bei einer Behandlungseinheit von mindesten 25 Minuten und 120 Einheiten oder 50 Minuten und 60 Einheiten,

b) im Ausnahmefall bei einer Behandlungseinheit von mindesten 25 Minuten und 40 weitere Einheiten oder 50 Minuten und 20 weitere Einheiten,

3. bei Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei einer Behandlungseinheit von mindestens 50 Minuten und 80 Einheiten oder 100 Minuten und 40 Einheiten.

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

§ 6
Aufwendungen bei Kuren

(1) Die Aufwendungen für

außer Kraft

1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,

2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen,

3. ambulante Heilkuren

sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.

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

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

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

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

1. gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 6 und 8,

2. eine Familien- und Haushaltshilfe nach § 4 Absatz 1 Nummer 5,

3. Fahrtkosten nach § 5 Absatz 5 Nummer 5

4. Kurtaxe,

5. den ärztlichen Schlussbericht,

6. eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für Schwerbehinderte,

außer Kraft

7. Unterkunft und Verpflegung bis zu 16 Euro pro Tag und Person, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 23 Tagen einschließlich der Reisetage.

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

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

1. nach einem Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes eine Maßnahme nach Absatz 2, 3 oder 4 notwendig ist und nicht mit gleicher Erfolgsaussicht durch andere Heilmaßnahmen, insbesondere durch eine andere Behandlung am Wohn- oder Aufenthaltsort oder in der nächsten Umgebung, ersetzt werden kann,

2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat und

3. die Kur innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen wird.

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

1. wenn erstmalig eine Wartezeit von insgesamt sechs Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Vorschriften nicht erfüllt ist. Die Wartezeit umfasst auch Zeiten eines Erziehungsurlaubs sowie Zeiten einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge, wenn anerkannt worden ist, dass die Beurlaubung dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,

2. wenn im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsbehandlung in einer Einrichtung nach § 5 Absatz 3 oder eine als beihilfefähig anerkannte Kur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten aus zwingenden medizinischen Gründen eine Kur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,

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

außer Kraft

5. solange die oder der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

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

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

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

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

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

außer Kraft

§ 7
Beihilfefähige Aufwendungen bei zahnärztlichen Leistungen

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den Abschnitten C Nummern 2150 bis 2170, 2200 bis 2240, F, H, J und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte 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) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,

2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen durch eine Individualprophylaxe und

3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050 und 4060 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte und Nummer 1 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

(3) Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig, wenn sie aufgrund der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut notwendig sind; dies gilt nicht für Impfungen, die aus Anlass einer privaten Reise außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder die schul-, ausbildungs-, studien- oder berufsbedingt erforderlich geworden sind. Abweichend von Satz 1 Halbsatz 1 sind Aufwendungen für FSME-Schutzimpfungen und Grippeschutzimpfungen beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind nach Maßgabe der Anlage 6a beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind nach Maßgabe der Anlage 6b beihilfefähig.

außer Kraft

§ 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.

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.

§ 9
Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

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

außer Kraft

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.

§ 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 vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, daß die Krankenbehandlung außerhalb der Bundesrepublik dringend erforderlich ist und die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise von der Festsetzungsstelle schriftlich anerkannt worden ist; unter mehreren gleichwertigen Möglichkeiten darf nur die gewählt werden, die die niedrigsten beihilfefähigen Aufwendungen verursacht.

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

1. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Gemeinschaft durch medizinisches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist,

2. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurorteverzeichnis Ausland des Bundesministerium des Innern aufgeführt ist und die sonstigen Voraussetzungen des § 6 vorliegen

außer Kraft

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

§ 11
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) Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten Beihilfen zu den in Absatz 1 genannten Aufwendungen, sofern sie Erbe sind.

§ 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. 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.

außer Kraft

wenn der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist oder nachzuweisende Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags von mehr als 12 000 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.

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

(6) 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.

(7) 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 100 Euro
60 vom Hundert	um 80 Euro
70 vom Hundert	um 70 Euro

je Kalenderjahr. Maßgebend ist der am 1. Januar des Kalenderjahres der Antragstellung bestehende Bemessungssatz. Änderungen, die rückwirkend zu einem vom Stichtag des jeweiligen Kalenderjahres abweichenden Bemessungssatz führen, leiben unberücksichtigt. Die Minderung ist nicht bei Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 4 a) 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 (§ 16 der Bundespflegesatzverordnung, §§ 17 und 19 des Krankenhausentgeltgesetzes) 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.

(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.

außer Kraft

§ 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 Verpflegung bei Kuren (§ 6 Absatz 5 Nummer 7) ist innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Kur zu beantragen. Bei Beihilfen nach § 4b Absatz 2 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) Die Beihilfefestsetzungsstelle kann auf Antrag der beihilfeberechtigten Person Abschlagszahlungen auf eine zu erwartende Beihilfe leisten. Sie kann die Beihilfe in Ausnahmefällen mit Zustimmung der beihilfeberechtigten Person an Dritte auszahlen.

(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 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

außer Kraft

Beihilfestammdaten, die auf Grund der Beihilfefestsetzung aus Bezügedaten festzustellen sind.

§ 14
Verwaltungsvorschriften und Durchführungsbestimmungen

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

§ 14a
Übergangsvorschrift

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

§ 15
In-Kraft-Treten

außer Kraft

Anlage 1

(zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 BremBVO)

Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung

1. Allgemeines

1.1 Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie in den Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sowie für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach Maßgabe der Nummer 1.3 und 1.4 sowie der Nummer 2 bis 5 beihilfefähig.

1.2 Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind bis zur Entscheidung über die Durchführung einer Therapie nach Nummer 3 oder 4 beihilfefähig, wenn

1. ein akuter Behandlungsbedarf in einer probatorischen Sitzung festgestellt wird,

2. ein Gutachterverfahren bei der Festsetzungsstelle beantragt worden ist und

3.

die Akutbehandlung als Einzeltherapie, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen, in Einheiten von mindestens 25 Minuten je Krankheitsfall durchgeführt wird.

Im Fall eines positiven Gutachtens wird die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen auf das Kontingent der Behandlungen nach Nummer 3 und 4 angerechnet.

1.3 Vor Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die somatische Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt in einem schriftlichen oder elektronischen Konsiliarbericht bestätigt wird.

1.4 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach Nummer 3 bis 5,

2. Leistungen nach Nummer 9.

2. Gemeinsame Regelungen für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie

2.1 Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und Dysthymie,

2. Angststörungen und Zwangsstörungen,

3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen,

4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,

5. Essstörungen,

6. nichtorganischen Schlafstörungen,

7. sexuellen Funktionsstörungen,

außer Kraft

8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

2.2 Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie beihilfefähig bei

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen

a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,

b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,

2. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

3. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,

4. schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen.

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach den Nummern 5 bis 7 erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

2.3 Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Nummer 2.1 dienen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist,

2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und

außer Kraft

3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Aufwendungen für Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung später als nicht notwendig erwiesen hat.

2.4 Das Gutachten nach Nummer 2.3 Ziffer 3 ist durch von der Festsetzungsstelle bestellte Gutachterinnen oder Gutachter einzuholen.

2.5 Aufwendungen für eine Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung sind nur bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie beihilfefähig.

3. Psychoanalytisch begründete Verfahren

3.1 Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren mit ihren beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie (Nummer 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte), sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

3.1.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, als Einzelbehandlung 60 Sitzungen, in Ausnahmefällen weitere 40 Sitzungen, als Gruppenbehandlung 60 Sitzungen, in Ausnahmefällen weitere 20 Sitzungen;

3.1.2 bei analytischer Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, als Einzelbehandlung 160 Sitzungen, in Ausnahmefällen weitere 140 Sitzungen, als Gruppenbehandlung 80 Sitzungen, in Ausnahmefällen weitere 70 Sitzungen;

3.1.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, als Einzelbehandlung 90 Sitzungen, in Ausnahmefällen weitere 90 Sitzungen, als Gruppenbehandlung 60 Sitzungen, in Ausnahmefällen weitere 30 Sitzungen;

außer Kraft

3.1.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, als Einzelbehandlung 70 Sitzungen, in Ausnahmefällen weitere 80 Sitzungen, als Gruppenbehandlung 60 Sitzungen, in Ausnahmefällen weitere 30 Sitzungen.

3.1.5 Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. Überwiegt die Einzelbehandlung, so werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, so wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet.

3.1.6 In den Fällen der Nummer 3.1.3 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

3.1.7 In Ausnahmefällen kann die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung auch für eine über die in Nummer 3.1.1 bis 3.1.4 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkennen, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

3.1.8 Aufwendungen für Sitzungen, in die auf Grund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die bewilligte Zahl der Sitzungen angerechnet.

3.1.9 Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Aufwendungen für Leistungen einer solchen Kombination sind nur beihilfefähig, wenn sie auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Erstantrags erbracht werden.

3.1.10 Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

4. Verhaltenstherapie

außer Kraft

4.1 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

als Einzelbehandlung 60 Sitzungen,
in Ausnahmefällen weitere 20 Sitzungen,

als Gruppenbehandlung 60 Sitzungen,
in Ausnahmefällen weitere 20 Sitzungen.

4.2 Nummer 3.1.5 bis Nummer 3.1.8 gilt entsprechend.

4.3 Einer Anerkennung nach Nummer 2.3 Ziffer 3 bedarf es nicht, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach Nummer 7.3 vorgelegt wird, dass

1. bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen,

2. bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen

erforderlich sind. Muss in Ausnahmefällen die Behandlung verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach Nummer 2.3 Ziffer 3 einzuholen.

4.4 Aufwendungen für eine Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

5. Psychosomatische Grundversorgung

5.1 Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne dieser Verordnung umfasst

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte und

2. Hypnose, autogenes Training und Relaxationstherapie nach Jacobson nach den Nummern 845 bis 847 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

5.2 Je Krankheitsfall sind beihilfefähig Aufwendungen für

außer Kraft

1. verbale Intervention als Einzelbehandlung mit bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,

2. Hypnose als Einzelbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen sowie

3. autogenes Training und Relaxationstherapie nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich.

Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Ziffer 1 sind nicht beihilfefähig, wenn sie zusammen mit Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Ziffer 2 und 3 in derselben Sitzung entstanden sind. Neben den Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 5.1 Ziffer 1 sind Aufwendungen für somatische ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig.

5.3 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für

1. Allgemeinmedizin,

2. Augenheilkunde,

3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

4. Haut- und Geschlechtskrankheiten,

5. Innere Medizin,

6. Kinder- und Jugendlichenmedizin,

7. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

8. Neurologie,

9. Phoniatrie und Pädaudiologie,

10. Psychiatrie und Psychotherapie,

11.

außer Kraft

Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder

12. Urologie.

5.4 Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von

1. einer Ärztin oder einem Arzt,

2. einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,

3. einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die behandelnde Person muss über Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Intervention verfügen.

5.5 Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind bis zu der Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen ist, beihilfefähig.

6. Anforderungen des Leistungserbringers einer tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie

6.1 Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

1. Psychotherapeutische Medizin,

2. Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

3. Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder

4.

außer Kraft

Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder 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 und 864 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.

6.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

6.3 Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

1. zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,

2. in das Arztregister eingetragen sein oder

3. 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.

6.4 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten

außer Kraft

psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte).

6.5 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

6.6 Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

1. zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,

2. in das Arztregister eingetragen sein oder

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

6.7 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte).

6.8 Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von einer Person durchgeführt, die weder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und

außer Kraft

Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 6.1, 6.2 oder 6.3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die keine Fachärztin oder kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 6.1, 6.2 oder 6.3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

6.9 Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in Ausnahmefällen (Nummer 3.1) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in Ausnahmefällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach Nummer 2.1 und 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

7. Anforderungen des Leistungserbringers einer Verhaltenstherapie

7.1 Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

1. Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,

2. Psychiatrie und Psychotherapie,

3. Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder

4. Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärztinnen oder Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie

außer Kraft

den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

7.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie durchführen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

7.3 Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin, einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

1. zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,

2. in das Arztregister eingetragen sein oder

3. über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

7.4 Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von einer Person durchgeführt, die weder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 7.1, 7.2 oder 7.3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die keine Fachärztin oder kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 7.1, 7.2 oder 7.3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

8. Anforderungen des Leistungserbringers einer Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

8.1

außer Kraft

Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person

1. die Voraussetzungen nach Nummer 6 oder Nummer 7 erfüllen und

2. Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

8.2 Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person

1. die Voraussetzungen nach Nummer 6 oder Nummer 7 erfüllen und

2. Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

8.3 Wurde die Qualifikation nach Nummer 8.1 oder Nummer 8.2 nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person

1. in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und

2. mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.

Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

9. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

9.1 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:

1. Familientherapie,

2. Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,

außer Kraft

3. Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers),

4. Gestalttherapie,

5. Körperbezogene Therapie,

6. Konzentrative Bewegungstherapie,

7. Logotherapie,

8. Musiktherapie,

9. Heileurhythmie,

10. Psychodrama,

11. Respiratorisches Biofeedback,

12. Transaktionsanalyse.

9.2 Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der Nummern 1 bis 5 gehören:

1. Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,

2. Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung,

3. Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie

4. Psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

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 2150 bis 2180, 2200 bis 2250 und 2310 bis 2320, prothetische Leistungen nach Abschnitt F und implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstehen, sowie Aufwendungen für Edelmetalle, Edelmetalllegierungen und Keramik sind einschließlich der Handwerksleistungen in Höhe von 60 vom Hundert beihilfefähig. Nummer 6 Buchstabe b bleibt unberührt.

2. Kieferorthopädische Leistungen

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

a) die behandelte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; dies gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern,

b) vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird,

c) die Beihilfefestsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

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

a) Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen im Kieferbereich (Myoarthropathien) größeren Umfangs,

b) Zahnbetterkrankungen (Parodontopathien),

c)

außer Kraft

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 8000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt belegt wird.

4. Implantologische Leistungen

Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur bis zu zwei Implantaten pro Kiefer beihilfefähig.

Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei 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.

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.

außer Kraft

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).

Anlage 3a

(zu § 4 Absatz 1 Nummer 8 BremBVO)

Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel

Abschnitt 1
Leistungsverzeichnis

Nr.	**Leistung**	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 01.01.2019
	Bereich Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung		
	a) als Einzelinhalation	8,00	8,80
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,30	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	6,80	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.		
2	Radon-Inhalation		

außer Kraft

	a) im Stollen **a)** mittels Hauben	13,60 16,60	14,90 18,20
	Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	15,00	16,50
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	23,40	25,70
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	30,70	33,80
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	41,20	45,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,40	8,20
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	13,00	14,30
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	64,90	71,40
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad		

außer Kraft

	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	28,30	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	17,80	19,50
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	14,20	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	27,00	29,70
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	17,30	19,00
13	Bewegungsübungen		
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	9,20	10,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,00	6,60
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	28,30	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer	17,80	19,50

außer Kraft

	einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten **c)** in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	14,20	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	98,30	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KGGerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	42,00	46,20
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,00	8,80
	Bereich Massagen		
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile **a)** Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten **b)** Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	16,60 16,60	18,20 18,20
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)		
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	23,40	25,70

außer Kraft

	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	35,00	38,50
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	53,00	58,30
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	11,30	12,40
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	27,70	30,50
	Bereich Palliativversorgung		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	60,00	66,00
	Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,40	13,60
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	14,20	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick)		

außer Kraft

	ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid **aa)** Teilpackung **bb)** Großpackung	 32,90 43,40	 36,20 47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,90	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)		
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem **b)** Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	9,20 18,50	10,20 20,30
26	Heublumensack, Peloidkompresse	11,00	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	5,50	6,10
28	Trockenpackung	3,70	4,10
29	**a)** Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss **b)** Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss **c)** Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	3,70 5,50 4,90	4,10 6,10 5,40
30	**a)**	14,80	16,20

außer Kraft

	an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe **b)** an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,00	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe **a)** Teilbad **b)** Vollbad	11,00 16,00	12,10 17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,80	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe **a)** Teilbad **b** Vollbad	39,40 47,90	43,30 52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe **a)** Teilbad **b)** Vollbad	34,40 39,40	37,90 43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	39,40	43,30
36	Medizinisches Bad mit Zusatz **a)**	8,00	8,80

außer Kraft

	Hand- oder Fußbad		
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,00	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,20	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	3,70	4,10
37	Gashaltiges Bad		
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,40	25,70
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,00	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,20	27,70
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,20	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,70	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern		

außer Kraft

	erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 3,70 Euro und ab 01.01.2019 um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.		
	Bereich Kälte- und Wärmebehandlung		
39	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	11,80	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	6,80	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie	10,80	11,90
	Bereich Elektrotherapie		
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	7,40	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	14,20	15,60
44	Iontophorese	7,40	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	13,60	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40	29,00
	Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie		
47	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	98,20	108,00
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen		

außer Kraft

	a) Richtwert: 30 Minuten	38,00	41,80
	b) Richtwert: 45 Minuten	53,60	59,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	62,60	68,90
	d) Richtwert: 90 Minuten	94,00	103,40
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.		
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer		
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	45,80	50,40
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	31,40	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	61,40	67,60
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	51,00	56,10
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des		

außer Kraft

	Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.		
	Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	38,00	41,80
51	Einzelbehandlung		
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	38,00	41,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	49,80	54,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	65,80	72,30
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	116,50	128,20
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall		
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit		
	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	37,00	40,70

außer Kraft

	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	49,40	54,40
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	61,60	67,70
52	Gruppenbehandlung		
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,50	16,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	18,70	20,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	34,40	37,90
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	63,80	70,20
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	42,00	46,20
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	18,70	20,60
	Bereich Podologie		
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	24,20	26,70
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	17,20	18,90
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	22,80	25,10
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	17,20	18,90

außer Kraft

59	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	37,80	41,60
60	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	24,20	26,70
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	176,90	194,60
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	34,00	37,40
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	58,90	64,80
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	68,00	74,80
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	34,00	37,40
	Bereich Ernährungstherapie		
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	60,00	66,00
67	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	30,00	33,00
68	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	10,00	11,00
	Bereich Sonstiges		

außer Kraft

69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	11,00	12,10
70	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels		
71	Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69 und 70 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.		

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

außer Kraft

Abschnitt 2
Erweiterte ambulante Physiotherapie

1. Aufwendungen für eine EAP nach Abschnitt 1 Nummer 15 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist und bei einer der folgenden Indikationen angewendet wird:

a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),

bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,

cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,

dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,

ee)

lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50°Grad nach Cobb,

b) Operationen am Skelettsystem bei

aa) posttraumatischen Osteosynthesen,

bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,

c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulären Defiziten bei

aa) Schulterprothesen,

bb) Knieendoprothesen,

cc) Hüftendoprothesen,

d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei

aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),

bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach

aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,

bbb) Rotatorenmanschettenruptur,

ccc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),

ddd) Impingement-Syndrom,

eee) Schultergelenkluxation,

fff) tendinosis calcarea,

ggg) periathritis humero-scapularis,

cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,

außer Kraft

e) Amputationen.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist zudem eine Verordnung von

a) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,

b) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,

c) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder

d) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.

2. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

3. Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

a) Krankengymnastische Einzeltherapie,

b) Physikalische Therapie,

c) MAT.

4. Werden Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 15 abgegolten.

5. Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

Abschnitt 3
Medizinisches Aufbautraining

1.

außer Kraft

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes MAT nach Abschnitt 1 Nummer 16 mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn

a) das Training verordnet wird von

aa) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,

bb) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,

cc) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder

dd) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,

b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und

c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.

2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.

3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:

a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog. Aufwendungen für eine Kontrolluntersuchung (Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) nach Abschluss der Behandlungsserie sind beihilfefähig.

b)

außer Kraft

Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen (Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog), zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings (Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) und begleitender krankengymnastischer Übungen (Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte). Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 506, Nummer 558 analog sowie Nummer 846 analog der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.

4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 16.

5. Aufwendungen für Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach Nummer 1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

außer Kraft

Abschnitt 4
Palliativversorgung

1. Aufwendungen für Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 40 Absatz 1 umfasst sind.

2. Aufwendungen für Palliativversorgung werden als beihilfefähig anerkannt bei

a) passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,

b) aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,

c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,

d) spastischen Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),

e) schlaffen Lähmungen,

f) abnormen Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,

g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,

h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislauferkrankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),

i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 umfassen folgende Leistungen:

a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,

b) Wahrnehmungsschulung,

c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),

d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),

e) angepasstes, gerätegestütztes Training,

f) Anwendung entstauender Techniken,

g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,

h) ergänzende Beratung,

i) Begleitung in der letzten Lebensphase,

j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,

k) Hilfsmittelversorgung,

l) interdisziplinäre Absprachen.

außer Kraft

Anlage 3b

(zu § 4 Absatz 1 Nummer 8 BremBVO)

Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass das Heilmittel in einem der folgenden Bereiche und von einer der folgenden Personen angewandt wird und dass die Anwendung dem Berufsbild der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers entspricht:

1. Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie

a) Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,

b) Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister,

c) Krankengymnastin oder Krankengymnast,

2. Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

a) Logopädin oder Logopäde,

b) staatlich anerkannte Sprachtherapeutin oder staatlich anerkannter Sprachtherapeut,

c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin der Schule Schlaffhorst-Andersen oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,

d) medizinische Sprachheilpädagogin oder medizinischer Sprachheilpädagoge,

e) klinische Linguistin oder klinischer Linguist,

f) klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler,

g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch

aa) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,

außer Kraft

bb) Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,

cc) Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,

dd) Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,

h) Diplompatholinguistin oder Diplompatholinguist,

3. Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

a) Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,

b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,

4. Bereich Podologie

a) Podologin oder Podologe,

b) medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,

5. Bereich Ernährungstherapie

a) Diätassistentin oder Diätassistent,

b) Oecotrophologin oder Oecotrophologe,

c) Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

Anlage 4

(zu § 4 Abs. 1 Nr. 9 BremBVO)

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

1.

außer Kraft

Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der nachstehend aufgeführten Hilfsmittel, Geräte und Körperersatzstücke - gegebenenfalls im Rahmen der Höchstbeträge - beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet werden:

1.1 Abduktionslagerungskeil

1.2 Absauggerät (zum Beispiel bei Kehlkopferkrankung)

1.3 Adaptionshilfen

1.4 Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (zum Beispiel Universalhalter für Schwerstbehinderte zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme)

1.5 Alarmgerät für Epileptikerinnen oder Epileptiker

1.6 Anatomische Brillenfassung

1.7 Anus-praeter-Versorgungsartikel

1.8 Anzieh- oder Ausziehhilfen

1.9 Aquamat

1.10 Armmanschette

1.11 Armtragegurt oder -tuch

1.12 Arthrodesensitzkissen oder -sitzkoffer

1.13 Atemtherapiegeräte

1.14 Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)

1.15 Auffahrrampen für einen Krankenfahrstuhl

1.16 Aufrichteschlaufe

außer Kraft

1.17 Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig)

1.18 Aufstehgestelle

1.19 Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung)

1.20 Augenbadewanne, -dusche, -spülglas, -flasche, -pinsel, -pipette oder -stäbchen

1.21 Augenschielklappe, auch als Folie

2.1 Badestrumpf

2.2 Badewannensitz (bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr oder Polyarthritis)

2.3 Badewannenverkürzer

2.4 Ballspritze

2.5 Behinderten-Dreirad

2.6 Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie

2.7 Bettnässer-Weckgerät

2.8 Beugebandage

2.9 Billroth-Batist-Lätzchen

2.10 Blasenfistelbandage

2.11 Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Leine, Halsband, Maulkorb)

2.12 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschallleitgerät)

2.13 Blindenstock, -langstock oder -taststock

2.14 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)

außer Kraft

2.15 Blutlanzette

2.16 Blutzuckermessgerät

2.17 Bracelet

2.18 Bruchband

3.1 Clavicula-Bandage

3.2 Cochlea-Implantate einschließlich Zubehör

3.3 Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

3.4 Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhardware und Spezialsoftware bis zu 3 500 Euro, gegebenenfalls zuzüglich bis zu 5 400 Euro für eine Braillezeile mit 40 Modulen

4.1 Dekubitus-Schutzmittel (zum Beispiel Auf- oder Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf- oder Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)

4.2 Delta-Gehrad

4.3 Drehscheibe, Umsetzhilfen

4.4 Duschsitz oder -stuhl

5.1 Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse

5.2 Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten

5.3 Ekzemmanschette

5.4 Elektroscooter bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung

5.5 Elektrostimulationsgerät

außer Kraft

5.6 Epicondylitisbandage oder -spange mit Pelotten

5.7 Epitrainbandage

5.8 Ernährungssonde

6.1 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peronaeus-Prothese)

6.2 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

6.3 Fingerling

6.4 Fingerschiene

6.5 Fixationshilfen

6.6 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)

7.1 Gehgipsgalosche

7.2 Gehhilfen und -übungsgeräte

7.3 Gehörschutz

7.4 Genutrain-Aktiv-Kniebandage

7.5 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose oder verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)

7.6 Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung (Continuous Glucose Monitoring - CGM, Flash Glucose Monitoring - FGM) einschließlich Sensoren bei Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus; daneben sind Aufwendungen für übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Bluttteststreifen beihilfefähig

7.7 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese)

außer Kraft

7.8 Gilchrist-Bandage

7.9 Gipsbett, Liegeschale

7.10 Glasstäbchen

7.11 Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz

7.12 Gummistrümpfe

8.1 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze

8.2 Handgelenkriemen

8.3 Hebekissen

8.4 Heimdialysegerät

8.5 Helfende Hand, Scherenzange

8.6 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät oder -monitor

8.7 Hochtontherapiegerät

8.8 Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte], Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen, Otoplastik, In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte]),

9.1 Impulsvibrator

9.2 Infusionsbesteck oder -gerät und Zubehör

9.3 Inhalationsgerät, einschließlich Sauerstoff und Zubehör, jedoch keine Luftbefeuchter, -filter, -wäscher

9.4 Innenschuh, orthopädischer

9.5 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)

außer Kraft

9.6. Irisschale mit geschwärzter Pupille bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut eines blinden Auges

10.1 (frei)

11.1 Kanülen und Zubehör

11.2 Katapultsitz

11.3 Katheter, auch Ballonkatheter, und Zubehör

11.4 Kieferspreizgerät

11.5 Klosett-Matratze für den häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz

11.6 Klumpfußschiene

11.7 Klumphandschiene

11.8 Klyso

11.9 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

11.10 Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage

11.11 Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation

11.12 Knöchel- und Gelenkstützen

11.13 Körperersatzstücke einschließlich Zubehör, abzüglich eines Eigenanteils von 15 Euro für Brustprothesenhalter und 40 Euro für Badeanzüge, Bodys oder Korseletts für Brustprothesenträgerinnen

11.14 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose

11.15 Koordinator nach Schielbehandlung

11.16 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

außer Kraft

11.17 Kopfschützer

11.18 Korrektursicherungsschuh

11.19 Krabbler für Spastikerinnen und Spastiker

11.20 Krampfaderbinde

11.21 Krankenfahrstuhl und Zubehör

11.22 Krankenpflegebett

11.23 Krankenstock

11.24 Kreuzstützbandage

11.25 Krücke

12.1 Latextrichter bei Querschnittlähmung

12.2 Leibbinde, jedoch keine Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden

12.3 Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)

12.4 Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

12.5 Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber oder Badewannenlifter)

12.6 Lispelsonde

12.7 Lumbalbandage

13.1 Malleotrain-Bandage

13.2 Mangoldsche Schnürbandage

13.3 Manutrain-Bandage

außer Kraft

13.4 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro:

13.4.1 Straßenschuhe (Erstausstattung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),

13.4.2 Hausschuhe (Erstausstattung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),

13.4.3 Sportschuhe (Erstausstattung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),

13.4.4 Badeschuhe (Erstausstattung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach vier Jahren),

13.4.5 Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigenanteil von 64 Euro)

13.5 Milchpumpe

13.6 Mundsperrer

13.7 Mundstab/-greifstab

14.1 Narbenschützer

14.2 Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (zwei pro Jahr und bis zu 80 Euro je Overall)

15.1 Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts und Ähnliches, auch Haltemanschetten und Ähnliches

15.2 Orthesenschuhe, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro

15.3 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (höchstens sechs Paar Schuhe pro Jahr)

16.1 Pavlik-Bandage

außer Kraft

16.2 Peak-Flow-Meter

16.3 Penisklemme

16.4 Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel

16.5 Phonator

16.6 Polarimeter

16.7 Psoriasiskamm

17.1 Quengelschiene

18.1 Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

18.2 Reflektometer

18.3 Rektophor

18.4 Rollator

18.5 Rollbrett

18.6 Rutschbrett

19.1 Schede-Rad

19.2 Schrägliegebrett

19.3 Schutzbrille für Blinde

19.4 Schutzhelm für Behinderte

19.5 Schwellstromapparat

19.6 Segofix-Bandagensystem

19.7 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

außer Kraft

19.8 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

19.9 Skolioseumkrümmungsbandage

19.10 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

19.11 Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro

19.12 Sphinkter-Stimulator

19.13 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

19.14 Spreizfußbandage

19.15 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

19.16 Spritzen

19.17 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehnenschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)

19.18 Stehübungsgerät

19.19 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

19.20 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter

19.21 Stubbies

19.22 Stumpfschutzhülle

19.23 Stumpfstrumpf

19.24 Suspensorium

19.25 Symphysengürtel

20.1 Talocrur (Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar)

außer Kraft

20.2 Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)

20.3 Therapiestuhl

20.4 Tinnitusgerät

20.5 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten

20.6 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

20.7 Tragegurtsitz

21.1 Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht

21.2 Übungsschiene

21.3 Urinale

21.4 Urostomiebeutel

22.1 Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung)

22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit

23.1 Wasserfeste Gehhilfe

23.2 Wechseldruckgerät

24.1 (frei)

25.1 (frei)

26.1 Zyklomat-Hormon-Pumpe.

2.

außer Kraft

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 einschließlich der Nebenkosten sind für Personen ab 15 Jahren auf 1500 Euro je Ohr begrenzt; gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch indizierte Fernbedienung. Der Höchstbetrag kann überschritten werden, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende Versorgung bei beidseitiger an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten. Eine Versorgung mit Hörgeräten ist alle fünf Jahre beihilfefähig; es sei denn, aus medizinischen oder technischen Gründen ist eine vorzeitige Verordnung zwingend erforderlich.

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.

außer Kraft

9. Aufwendungen für Erektionshilfen sind nicht beihilfefähig.

10. Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die weder notwendig noch wirtschaftlich angemessen sind, die einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder einen geringen Abgabepreis haben oder die zur allgemeinen Lebenshaltung gehören. Nicht beihilfefähig sind insbesondere folgende Gegenstände:

1.1 Adju-Set/-Sano

1.2 Angorawäsche

1.3 Anti-Allergene-Matrazen, Matrazenbezüge und Bettbezüge

1.4 Aqua-Therapie-Hose

1.5 Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl

1.6 Augenheizkissen

1.7 Autofahrerrückenstütze

1.8 Autokindersitz

1.9 Autokofferraumlifter

1.10 Autolifter

2.1 Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte

2.2 Bandagen (soweit nicht in Nummer 1 aufgeführt)

2.3 Basalthermometer

2.4 Bauchgurt

2.5 Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung, soweit nicht in Nummer 1 aufgeführt

außer Kraft

2.6 Bett (soweit nicht in Nummer 1 aufgeführt)

2.7 Bettbrett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze

2.8 Bett-Tisch

2.9 Bidet

2.10 Bildschirmbrille

2.11 Bill-Wanne

2.12 Blinden-Uhr

2.13 Blutdruckmessgerät

2.14 Brückentisch

3.1 (frei)

4.1 Dusche

5.1 Einkaufsnetz

5.2 Einmal-Handschuhe, es sei denn, sie sind bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachialen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter oder bei Querschnittgelähmten zur Darmentleerung erforderlich

5.3 Eisbeutel und -kompressen

5.4 Elektrische Schreibmaschine

5.5 Elektrische Zahnbürste

5.6 Elektrofahrzeuge, soweit nicht in Nummer 1 aufgeführt

5.7 Elektro-Luftfilter

5.8 Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)

außer Kraft

5.9 Erektionshilfen

5.10 Ergometer

5.11 Ess- und Trinkhilfen

5.12 Expander

6.1 Fieberthermometer

6.2 Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (zum Beispiel Venentrainer)

7.1 Garage für Krankenfahrzeuge

8.1 Handschuhe, es sei denn, sie sind nach Nummer 11.21 der Nummer 1 erforderlich

8.2 Handtrainer

8.3 Hängeliege

8.4 Hantel (Federhantel)

8.5 Hausnotrufsystem

8.6 Hautschutzmittel

8.7 Heimtrainer

8.8 Heizdecke/-kissen

8.9 Hilfsgeräte für die Hausarbeit

8.10 Höhensonne

8.11 Hörkissen

8.12 Hörkragen Akusta-Coletta

außer Kraft

9.1 Intraschallgerät (Schallwellengerät)

9.2 Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)

9.3 Ionisierungsgeräte (zum Beispiel Ionisator, Pollimed 100)

9.4 Ionopront, Permox-Sauerstofferzeuger

10.1 (frei)

11.1 Katzenfell

11.2 Klingelleuchten, die nicht von Nummer 12.4 der Nummer 1 erfasst sind

11.3 Knickfußstrumpf

11.4 Knoche Natur-Bruch-Slip

11.5 Kolorimeter

11.6 Kommunikationssystem

11.7 Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung

11.8 Krankenunterlagen, es sei denn,

a) sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitiden),

b) neben der Blasen- oder Darminkontinenz liegen so schwere Funktionsstörungen vor (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust), dass sonst der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitiden droht,

c) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht

11.9 Kreislaufgerät

außer Kraft

12.1 Lagerungskissen/-stütze, ausgenommen Nummer 1.1 der Nummer 1

12.2 Language-Master

12.3 Luftreinigungsgeräte

13.1 Magnetfolie

13.2 Monophonator

13.3 Munddusche

14.1 Nackenheizkissen

15.1 Öldispersionsapparat

16.1 Pulsfrequenzmesser

17.1 (frei)

18.1 Rotlichtlampe

18.2 Rückentrainer

19.1 Salbenpinsel

19.2 Schlaftherapiegerät

19.3 Schuhe, soweit nicht in Nummer 1 aufgeführt

19.4 Spezialsitze

19.5 Spirometer

19.6 Spranzbruchband

19.7 Sprossenwand

19.8 Sterilisator

außer Kraft

19.9 Stimmübungssystem für Kehlkopflose

19.10 Stockroller

19.11 Stockständer

19.12 Stufenbett

19.13 SUNTRONIC-System (AS 43)

20.1 Taktellgerät

20.2 Tamponapplikator

20.3 Tandem für Behinderte

20.4 Telefonverstärker

20.5 Telefonhalter

20.6 Therapeutische Wärme-/Kältesegmente

20.7 Treppenlift, Monolift, Plattformlift

21.1 Übungsmatte

21.2 Ultraschalltherapiegeräte

21.3 Urin-Prüfgerät

22.1 Venenkissen

23.1 Waage

23.2 Wandstandgerät

23.3 WC-Sitz

24.1 (frei)

außer Kraft

25.1 (frei)

26.1 Zahnpflegemittel

26.2 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 zur Verbesserung des Visus sind beihilfefähig

a) für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

b) für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und unter folgenden Erkrankungen leiden:

aa) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder

bb) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder

cc) gravierende Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder

dd) erheblichen Gesichtsausfällen.

c) für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bei einem Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler

aa) bei Myopie von mehr als 6 dpt,

bb) bei Hyperopie von mehr als 6 dpt,

cc) bei Astigmatismus von mehr als 4 dpt.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist, dass diese von einer Augenärztin oder einem

außer Kraft

Augenarzt verordnet worden ist. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig.

12.2 Aufwendungen für Brillen sind - einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung - bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):

Einstärkengläser:	für das sph. Glas	31,00 Euro
	für das cyl. Glas	41,00 Euro
Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	72,00 Euro
	für das cyl. Glas	92,50 Euro

b) bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):

zuzüglich je Glas 21,00 Euro

c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:

zuzüglich je Glas 21,00 Euro

d) Gläser mit prismatischer Wirkung:

zuzüglich je Glas 21,00 Euro.

12.3 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nr. 12.2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

12.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 21,00 Euro

a) bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,

b) bei Anisometropien ab 2 dpt,

c) unabhängig von der Gläserstärke

außer Kraft

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) 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,

außer Kraft

j) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),

k) bei Gläsern ab + 10 dpt,

l) im Rahmen einer Fotochemotherapie,

m) bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

12.4 Kontaktlinsen

12.4.1 Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

12.4.2 Sofern ein Ausnahmefall nach Nummer 12.4.1 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

12.4.3 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.

12.4.4 Beihilfefähig sind ferner neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen - im Rahmen der Nr. 12.2 und 12.3 - Aufwendungen für

a) eine Reservebrille oder

b) eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinsen und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie.

12.5 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen - einschließlich Handwerksleistung - in folgendem Umfang beihilfefähig:

a) für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummer 12.2 und 12.3 (die Voraussetzungen der Nummer 12.3.1 entfallen),

außer Kraft

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. 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:

außer Kraft

aa) Unterrichtsstunde a 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden,	56,43 Euro
bb) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten Takt anteilig berechnet wird,	44,87 Euro
cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,	0,30 Euro
dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist.	26,00 Euro

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

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

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

d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

Anlage 5

(zu § 4 Absatz 2 Nummer 1 BremBVO)

außer Kraft

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen

Abschnitt 1
Völliger Ausschluss

1.1 Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologie-Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Volf, audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)

1.2 Atlastherapie nach Arlen

1.3 autohomologe Immuntherapien

1.4 autologe-Target-Cytokine-Therapie nach Klehr

1.5 ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi

2.1 Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Nuhr

2.2 Biophotonen-Therapie

2.3 Bioresonatorentests

2.4 Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen

2.5 Bogomoletz-Serum

2.6 brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Barraquer

2.7 Bruchheilung ohne Operation

3.1 Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen

3.2 computergestützte mechanische Distraktionsverfahren, zur nichtoperativen segmentalen Distraktion an der Wirbelsäule (zum Beispiel SpineMED-Verfahren, DRX 9000, Accu-SPINA)

3.3

außer Kraft

computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologischbedingten Erkrankung oder Schädigung

3.4 cytotoxologische Lebensmitteltests

4.1 DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)

5.1 Elektroneuralbehandlungen nach Croon

5.2 Elektronneuraldiagnostik

5.3 epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz

6.1 Frischzellentherapie

7.1 Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Voll, elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik, Mora-Therapie)

7.2 gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

8.1 Heileurhythmie

8.2 Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

8.3 (weggefallen)

9.1 immunoaugmentative Therapie

9.2 Immunseren (Serocytol-Präparate)

9.3 isobare oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff oder Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (zum Beispiel hämatogene Oxidationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne)

10.1 (frei)

außer Kraft

11.1 kinesiologische Behandlung

11.2 Kirlian-Fotografie

11.3 kombinierte Serumtherapie (zum Beispiel Wiedemann-Kur)

11.4 konduktive Förderung nach Petö

12.1 Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

13.1 modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

14.1 Neurostimulation nach Molsberger

14.2 neurotopische Diagnostik und Therapie

14.3 niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

15.1 osmotische Entwässerungstherapie

16.1 photodynamische Therapie in der Parodontologie

16.2 Psycotron-Therapie

16.3 pulsierende Signaltherapie

16.4 Pyramidenenergiebestrahlung

17.1 (frei)

18.1 Regeneresen-Therapie

18.2 Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen

18.3 Rolfing-Behandlung

außer Kraft

19.1 Schwingfeld-Therapie

19.2 SIPARI-Methode

20.1 Thermoregulationsdiagnostik

20.2 Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie (zum Beispiel SAVIR-Verfahren)

20.3 Trockenzellentherapie

21.1 (frei)

22.1 Vaduril-Injektionen gegen Parodontose

22.2 Vibrationsmassage des Kreuzbeins

23.1 (frei)

24.1 (frei)

25.1 (frei)

26.1 Zellmilieu-Therapie

außer Kraft

Abschnitt 2
Teilweiser Ausschluss

1. Chelattherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson und Siderose. Alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung einer Schwermetallvergiftung.

2. Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.

3.

Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Tendinosis calcarea, Pseudarthrose, Fasziitis plantaris, therapierefraktäre Epicondylitis humeri radialis und therapiefraktäre Achillodynie. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

4. Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxidvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie, diabetisches Fußsyndrom ab Wagner Stadium II oder von Tinnitusleiden, die mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbunden sind.

5. Hyperthermiebehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.

6. Klimakammerbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder den sie bestimmt, vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat.

7. Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel Aludrin, durchgeführt werden.

8. Magnetfeldtherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen Pseudarthrosen, bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn die Magnetfeldtherapie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie bei psychiatrischen Erkrankungen.

9. Ozontherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle

außer Kraft

Verschlusserkrankungen behandelt werden. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.

10. Radiale Stoßwellentherapie (r-ESWT)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach Nummer 302 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Zuschläge sind nicht beihilfefähig.

11. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (zum Beispiel Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 3a beihilfefähig.

12. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

außer Kraft

Anlage 6a

(zu § 8 Absatz 4 BremBVO)

Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko

Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,

2. genetische Analyse,

3. Teilnahme an einem Strukturierten Früherkennungsprogramm

zusammen und sind mit den nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in einer in Nummer 4 aufgeführten Klinik durchgeführt werden.

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Pro Familie sind die Aufwendungen für eine einmalige Risikofeststellung mit interdisziplinärer Erstberatung, Stammbaumerfassung und Mitteilung des Genbefundes pauschal in Höhe von 900 Euro beihilfefähig. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung weiterer Familienmitglieder.

2. Genetische Analyse

Aufwendungen für eine genetische Analyse bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) sind pauschal in Höhe von 4 500 Euro beihilfefähig. Wird eine ratsuchende gesunde Person nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht, sind die Aufwendungen in Höhe von 250 Euro beihilfefähig.

Die genetische Analyse wird bei den Indexfällen durchgeführt. Dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Person zugerechnet werden. Dagegen werden die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden genetischen Analyse der Indexperson der gesunden ratsuchenden Person zugerechnet. Ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexperson mehr ableiten lassen, die genetische Analyse also keinen diagnostischen Charakter hat. Eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren.

3. Teilnahme an einem Strukturierten Früherkennungsprogramm

Aufwendungen für die Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm sind einmal jährlich in Höhe von pauschal 580 Euro beihilfefähig.

4. Im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossene universitäre Zentren

a) Berlin
Charité - Universitätszentrum Berlin, Brustzentrum

b) Dresden
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

c)

außer Kraft

Düsseldorf
Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum

d) Frankfurt
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

e) Göttingen
Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum

f) Greifswald
Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Greifswald

g) Hamburg
Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

h) Hannover
Institut für Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover

i) Heidelberg
Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg

j) Kiel
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

k) Köln
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

l) Leipzig
Institut für Humangenetik der Universität Leipzig
Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs

m) München
Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München-Großhadern
Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar

außer Kraft

n) Münster
Institut für Humangenetik der Universität Münster

o) Regensburg
Institut für Humangenetik, Universität Regensburg

p) Tübingen
Universität Tübingen, Institut für Humangenetik

q) Ulm
Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm

r) Würzburg
Institut für Humangenetik der Universität Würzburg

außer Kraft

Anlage 6b

(zu § 8 Absatz 5 BremBVO)

Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,

2. Tumorgewebsdiagnostik,

3. genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)

zusammen und sind in Höhe der nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in einer in Nummer 4 aufgeführten Klinik durchgeführt werden.

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Unter der Voraussetzung, dass die revidierten Bethesda-Kriterien in der Familie der ratsuchenden Person erfüllt sind, sind die Aufwendungen für die erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung einmalig in Höhe

von 600 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom bekannt ist, sind in Höhe von 300 Euro beihilfefähig.

2. Tumorgewebsdiagnostik

Aufwendungen für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe sind in Höhe von 500 Euro beihilfefähig. Ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig.

3. Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)

Aufwendungen für eine genetische Analyse bei einem Indexfall sind in Höhe von 3 500 Euro beihilfefähig, wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen. Aufwendungen für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation sind in Höhe von 350 Euro beihilfefähig.

4. Kliniken des Deutschen HNPCC-Konsortiums

a) Bochum
Ruhr-Universität Bochum
Knappschaftskrankenhaus, Medizinische Universitätsklinik

b) Bonn
Institut für Humangenetik, Biomedizinisches Zentrum

c) Dresden
Abteilung Chirurgische Forschung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

d) Düsseldorf
Institut für Humangenetik und Anthropologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

e) Hannover
Medizinische Hochschule

f)

außer Kraft

Heidelberg
Abteilung für Angewandte Tumorbiologie, Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg

g) Köln
Universitätsklinikum Köln

h) Leipzig
Universität Leipzig

i) Lübeck
Klinik für Chirurgie, Universität zu Lübeck und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

j) München
Medizinische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität Medizinisch-Genetisches Zentrum

k) Münster
Universitätsklinikum Münster

l) Tübingen
Universität Tübingen

m) Ulm
Universitätsklinikum Ulm

n) Wuppertal
HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal

außer Kraft