

## **Vorlage für die Sitzung des Senats am 21. Mai 2019**

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

#### **A. Problem**

Aufgrund der Pflegestärkungsgesetze 2 und 3 (PSG II und PSG III) sind Änderungen in der sozialen Pflegeversicherung bei dauernder Pflege eingetreten. Die Umsetzung der 2. und 3. Stufe der Pflegeversicherung ist wirkungsgleich in das Beihilferecht zu übernehmen. Hierzu gehören unter anderem die Einführung von fünf Pflegegraden, die Überleitung der bisher bestehenden drei Pflegestufen in die Pflegegrade 1 bis 5 und die Neufestlegung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit. In diesem Zuge werden die beihilferechtlichen Regelungen zu Pflegeleistungen (§ 4a ff.) neu strukturiert.

Aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung sind Neuregelungen zum verbleibenden Existenzminimum bei dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zur Vererbbarkeit von Beihilfeansprüchen beim Tode der oder des Beihilfeberechtigten erforderlich.

Die bereits seit dem 1. Januar 2002 bestehende Einkommensgrenze zum Ausschluss des beihilferechtlich berücksichtigungsfähigen Ehegatten kann in Einzelfällen zu einer wirtschaftlichen Notlage führen. Daher bedarf es hier einer Anhebung. Ferner sind beihilferechtliche Verbesserungen für Alleinstehende angezeigt.

Im bremischen Beihilferecht ist die Aufnahme neuer Therapieformen und weiterer Regelungen, die dem derzeitigen Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechen, erforderlich.

Die Beihilfefähigkeit psychotherapeutischer Behandlungen soll an die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst werden.

Aus Gründen der Rechtssicherheit sind Regelungen, die bisher in den von der Senatorin für Finanzen erlassenen Durchführungsbestimmungen (§ 14 BremBVO) festgelegt waren, in die Beihilfeverordnung aufzunehmen.

Weiterhin sind rechtliche Klarstellungen und redaktionelle Änderungen erforderlich.

#### **B. Lösung**

Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung entsprechend dem beigefügten Entwurf.

Der Entwurf sieht die Nachzeichnung der Änderungen in der Sozialen Pflegeversicherung (zweite und dritte Stufe Pflegestärkungsgesetz) vor. Es erfolgt nunmehr - insbesondere auf die sich veränderten Höchstbeträge und Pauschalen – ein Direktverweis auf das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) - Soziale Pflegeversicherung.

Aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung wird eine Regelung (§ 4j Absatz 2) zum verbleibenden Existenzminimum bei dauernder Pflegebedürftigkeit in die Verordnung aufgenommen. Sie entspricht in abgesenkter Form der des Bundes, die verfassungsrechtlich Bestand hat.

Die Einkommensgrenze wird von 10 000 Euro auf 12 000 Euro erhöht. Dies ist für Versorgungsempfänger von Bedeutung, da mit der Änderung zur Besteuerung von Renten sich der beihilferechtlich maßgebende Ertragsanteil jedes Jahr erhöht. Angehörige mit einer beihilfekonformen privaten Krankenversicherung (PKV) wären dann nicht mehr berücksichtigungsfähig. Die finanziellen Belastungen einer Krankenvollversicherung sind nicht zumutbar.

Der Betrag von 10 000 Euro ist seit 2002 unverändert geblieben. Bremen bewegt sich mit der Erhöhung aber weiterhin im unteren Mittelbereich im Länder- und Bundesvergleich.

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen psychotherapeutischer Behandlungen (Anlage 1 BremBVO) wird an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angepasst und neu strukturiert.

Die neue Anlage 3 umfasst eine Anhebung in zwei Stufen der seit Jahren unveränderten Höchstbeträge für Heilbehandlungen. Die Beträge entsprechen denen des Bundes und überwiegend denen der Länder. Das Verzeichnis wurde von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet. Die neuen Höchstbeträge finden beim Bund seit dem 1. August 2018 Anwendung. Bremen hat die Beträge über die in den Durchführungsbestimmungen enthaltene Regelung bereits zum 1. Dezember 2018 eingeführt.

Zur Rechtssicherheit werden Bereiche, die bisher in den Durchführungsbestimmungen geregelt wurden, in die Verordnung aufgenommen. Weiterhin enthält der Entwurf rechtliche Klarstellungen und redaktionelle Änderungen.

### **C. Alternativen**

Es werden keine Alternativen vorgeschlagen.

### **D. Finanzielle und Personalwirtschaftliche Auswirkungen, Gender-Prüfung**

Die Änderungen führen zu Mehrausgaben in Höhe von bis zu 970 T€ jährlich.

Im Einzelnen:

1. Die Anpassung der beihilfefähigen Aufwendungen bei stationärer Pflege führt zu jährlichen Mehrausgaben von 575 T€. Im Hinblick auf die höchstrichterliche

Rechtsprechung ist eine beihilferechtliche Neuregelung unumgänglich. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Jahr 2012 zum verbleibenden Existenzminimum pflegebedürftiger Versorgungsempfänger entsprechend entschieden (BVerwG, Urteil vom 24.01.2012 – 2C 24/10).

2. Die Erhöhung der Einkommensgrenze zur beihilferechtlichen Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten kann zu jährlichen Mehrausgaben bis zu 160 T€ führen.
3. Die Anpassung in der Psychotherapie an die Regelungen der GKV bringen jährliche Mehrausgaben in Höhe von 175 T€ mit sich.
4. Die weiteren Anpassungen bewegen sich in einem Rahmen von jährlichen Mehrausgaben von unter 60 T€.

Im Jahr 2019 werden anfallende Mehrausgaben in der Beihilfe über die dezentralen Beihilfebudgets sowie über den Produktplan 92 getragen. Für die Folgejahre sind die Beihilfebudgets unter Einhaltung des Gesamtrahmens zu erhöhen.

Die im Verordnungsentwurf enthaltenen Änderungen beeinflussen die Lebenssituationen von Frauen und Männern gleichermaßen.

## **E. Beteiligung und Abstimmung**

Der Senat hat den Verordnungsentwurf in seiner Sitzung am 19. Februar 2019 im ersten Durchgang, die Einplanung der Mittel für die Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung für die Jahre 2020 und 2021 sowie die Berücksichtigung in der Finanzplanung der Jahre 2022 und 2023 beschlossen.

Der Senator für Justiz und Verfassung hat den Verordnungsentwurf rechtsförmlich geprüft.

Förmliches Beteiligungsverfahren (§ 93 BremBG und § 39a BremRiG):

Die Spitzenorganisationen der zuständigen Gewerkschaften im Lande Bremen sowie der Deutsche Hochschulverband sind nach § 93 des Bremischen Beamtengesetzes beteiligt worden. Ebenfalls beteiligt worden sind nach § 39a des Bremischen Richtergesetzes die Verbände der Richterinnen und Richter im Land Bremen.

Zu dem Verordnungsentwurf haben der Deutsche Gewerkschaftsbund Bremen-Elbe-Weser - DGB Bremen - mit Schreiben vom 2. April 2019 (Anlage 1), der Deutsche Beamtenbund Landesbund Bremen – dbb Bremen – mit Schreiben vom 1. April 2019 (Anlage 2), die Deutsche Feuerwehrgewerkschaft, Landesgruppe Bremen mit Schreiben vom 05. April 2019 (Anlage 3) und der Richterbund Bremen mit Schreiben vom 05. April 2019 (Anlage 4) Stellung genommen. Der Deutsche Hochschulverband hat mitgeteilt, von einer Stellungnahme abzusehen. Die Vereinigung der bremischen Verwaltungsrichterninnen und Verwaltungsrichter hat sich nicht geäußert.

## I. Stellungnahmen der Spitzenorganisationen

### 1. Stellungnahme des DGB Bremen-Elbe-Weser

Der DGB Bremen begrüßt grundsätzlich die Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung. Die Anpassungen in der Beihilfe würden jedoch nicht die Forderungen des DGB erfüllen.

Allgemeine Forderungen:

A) Befreiung vom Abzug der Eigenbehalte im Falle des Überschreitens eines Prozentsatzes der Summe der jährlichen Einkünfte.

B) Mit Blick auf die Einführung einer „Pauschalen Beihilfe“ (beabsichtigte Rechtsgrundlage in § 80 Absatz 4 BremBG – Zuschuss zu Krankenversicherungsbeiträgen), die jedoch einen Wechsel von privat krankenversicherten Beamten in die GKV nicht ermöglicht, fordert der DGB die ausgleichende familien- und altersbezogene Beihilfe (Erhöhung des Bemessungssatzes) für PKV-Versicherte auch bei der „Pauschalen Beihilfe“ sicherzustellen.

Bezüglich der einzelnen Vorschriften fordert der DGB folgende Änderungen:

a) Artikel 1 Nummer 3a) und Nummer 11a)

Die Anhebung der Einkommensgrenze des Ehegatten von 10.000 € auf 12.000 € wird als nicht ausreichend angesehen und eine Anhebung auf 18.000 € gefordert.

b) Artikel 1 Nummer 4bb)

Der DGB fordert eine Klarstellung, dass die jeweils höheren Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt werden.

c) Artikel 1 Nummer 4cc)

Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit auf sechs Stunden täglich für eine Familien- und Haushaltshilfe wird als nicht sachgerecht angesehen und eine Anhebung auf acht Stunden gefordert.

d) Artikel 1 Nummer 7

Der DGB sieht die Frist von vier Monaten für den Beginn der Rehabilitationsmaßnahme im Hinblick darauf, dass eine zeitgerechte Aufnahme wegen fehlender Behandlungsplätze nicht möglich ist, als kritisch an.

e) Artikel 1 Nummer 16 a) ff.

Der DGB hält die Änderungen für nicht nachvollziehbar; insbesondere darauf, ob sich die Leistungen auf dem Niveau der GKV bewegen.

### 2. Stellungnahme des dbb Bremen Beamtenbund und Tarifunion

Der dbb Bremen begrüßt grundsätzlich die beabsichtigten Änderungen. Folgende Forderungen werden erhoben:

a) Artikel 1 Nummer 3a)

Der dbb Bremen sieht die vorgesehene Erhöhung von 10.000 € auf 12.000 € als zu gering an und hält eine Anhebung auf 17.000 € bis 18.000 € als gerechtfertigt.

b) Artikel 1 Nummer 4 a cc)

Der dbb Bremen begrüßt die Verweisung auf den gesetzlich festgelegten Mindestlohn. Er hält jedoch einen Stundenlohn von 11,13 € für notwendig und fordert eine entsprechende Anhebung im Bremischen Landesmindestlohn-Gesetz und der entsprechenden Anerkennung im Beihilferecht.

c) Erhöhung der Bemessungssätze

Losgelöst von dem vorliegenden Änderungsentwurf wird eine Anhebung der Bemessungssätze gefordert.

- Erhöhung von 5 v.H. auf 10 v.H. für jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 12 Absatz 1 BremBVO)
- Erhöhung von 10 v.H. auf 20 v.H. für Empfänger von Versorgungsbezügen (§ 12 Absatz 3 BremBVO).

Dies würde nach Auffassung des dbb Bremen einer Angleichung an die Sätze anderer Bundesländer entsprechen.

d) Wegfall des Eigenbehaltes (§ 12a BremBVO)

Der dbb Bremen fordert die Streichung der Minderung der beihilfefähigen Aufwendungen zwischen 70 € und 100 € je Kalenderjahr. Er verweist hierzu auf den Wegfall der Praxisgebühr in der GKV und der Abschaffung der Kostendämpfungspauschale in anderen Bundesländern.

### 3. Stellungnahme der Deutschen Feuerwehr-Gewerkschaft (DFeuG Bremen)

Die DFeuG Bremen begrüßt die Verbesserungen und die Umsetzung der Rechtsprechung im Änderungsentwurf.

Es werden folgende Einwände erhoben:

a) Artikel 1 Nummer 4a) cc)

Die Regelung in § 4 Absatz 1 Nummer 5 letzter Satz wird für nicht sachgerecht gehalten. Zum einen sei der Kreis der Angehörigen zu weit gefasst, zum anderen entstünden bei diesem Personenkreis ebenfalls Kosten, die zu berücksichtigen wären. Es werde befürchtet, dass dadurch Kinder in fremde Haushalte untergebracht werden.

b) Artikel 1 Nummer 8)

Der Ausschluss der Beihilfefähigkeit einer neuropsychologischen Therapie in den Fällen des § 5 Absatz 2 BremBVO verstoße nach Ansicht der DFeuG Bremen gegen die Gleichbehandlung und damit gegen Artikel 3 GG.

c) Artikel 1 Nummer 7

Die DFeuG Bremen erhebt Einwände gegen den Ausschluss einer chirurgischen

Laserbehandlung zur Hornhautkorrektur nach Abschnitt 2 Nummer 2 der Anlage 5. Die Kosten müssten auch dann beihilfefähig sein, wenn die Korrektur durch eine Brille möglich ist. Damit können Belastungen vermieden werden.

#### 4. Stellungnahme des Bremischen Richterbundes

Der Bremische Richterbund begrüßt die Aufnahme neuer Therapieformen und die Berücksichtigung neuer medizinischer Erkenntnisse sowie die Anhebung der Höchstbeträge für Heilmittel.

Es wird folgender Änderungsbedarf gesehen.

##### a) Artikel 1 Nummer 3a)

Die Erhöhung der Einkommensgrenze von 10.000 € auf 12.000 € wird als nicht ausreichend angesehen, da ein Ausgleich der Inflationsrate nicht erreicht werde.

##### b) Erhöhung der Bemessungssätze (§ 12 BremBVO)

Der Bremische Richterbund sieht die Notwendigkeit der Erhöhung der Beihilfebemessungssätze für Familien. Er verweist auf die ungleich schlechtere Behandlung von Familien mit Kindern im Vergleich zu den Beihilfesätzen anderer Länder und den damit eintretenden Standortnachteil für Bremen.

##### c) Wegfall des Eigenbehaltes (§ 12a BremBVO)

Es wird die vollständige Streichung des Eigenbehaltes gefordert. Dieser kürze die ohnehin niedrigen Bemessungssätze, stelle ein Sonderopfer dar und sei ein Nachteil für die Nachwuchsgewinnung.

## II. Stellungnahme des Senats

### 1. DGB Bremen

#### Zu A)

Im Hinblick auf ein rationelles und schlankes Verwaltungshandeln ist eine derartige Regelung nicht in der BremBVO enthalten. Sie wird auch für entbehrlich gehalten, da aufgrund der geringen Abzüge eine derartige Belastung im Grunde nicht eintritt. Dies umso mehr, da der Eigenbehalt nach § 12a BremBVO bereits abgesenkt wurde. Ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand bei der Berechnung der Beihilfe aufgrund einer Härtefallklausel ist daher auch künftig zu vermeiden.

#### Zu B)

Die angestrebte Regelung einer pauschalierten Beihilfe in Form eines Zuschusses des Dienstherrn zu den Krankenversicherungsbeiträgen basiert auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Es wird eine Wahlmöglichkeit dahingehend geschaffen, dass der Dienstherr der Beamtin oder dem Beamten die Möglichkeit eröffnet, die für sie oder ihn unter Berücksichtigung der eigenen Lebenssituation bestmögliche Form der Absicherung von Krankheitsaufwendungen zu wählen. Der Dienstherr bietet der Beam-

tin oder dem Beamten auch weiterhin die Möglichkeit der Gewährung einer individuellen Beihilfe an. Hier gilt auch weiterhin der beamtenrechtliche Grundsatz der Vorsorgefreiheit, wonach die Beamtin oder der Beamte in der Wahl der Krankenvorsorge in eigener Verantwortung darüber entscheidet, bei welcher Versicherung, zu welchen Versicherungsbedingungen und mit welcher eigenen Beitragsverpflichtung Vorsorge getroffen werden soll. Mit der Wahl der Gewährung einer Pauschale in Höhe der hälftigen Kosten einer Vollversicherung erhält die Beamtin oder der Beamte den Krankenversicherungsschutz in einem Leistungsumfang, den das Dritte Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vorsieht, sodass hinsichtlich der Beihilfe eine Verletzung der Fürsorgepflicht nicht gegeben ist.

Die vom DGB geforderte Regelung einer familien- bzw. altersbezogenen erhöhten Beteiligung entsprechend des Bemessungssatz bei der individuellen Beihilfe zu den Beiträgen der privaten Krankenversicherung ist abzulehnen. Die Gewährung einer Pauschale für die bereits in der privaten Krankenversicherung versicherten Beamtinnen und Beamten, denen nach den derzeitigen bundesrechtlichen Vorschriften des SGB V ein Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich ist, erfolgt ausschließlich aus Gründen der Gleichbehandlung. Die Pauschale für eine Vollversicherung in der privaten Krankenversicherung ist daher in der Höhe auf die Hälfte der Beitragsanteile begrenzt, die auf Vertragsleistungen entfallen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V vergleichbar sind, höchstens jedoch auf den hälftigen Beitrag für eine Versicherung im Basistarif der privaten Krankenversicherung.

Eine Besserstellung dieses Personenkreises würde eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung gegenüber den übrigen Beamtinnen und Beamten darstellen und wäre deshalb auch rechtlich nicht möglich. Diese Personengruppe würde gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Beamtinnen und Beamten eine deutlich höhere finanzielle Beteiligung des Dienstherrn an den Krankenversicherungsbeiträgen und zudem einen Versicherungsschutz erhalten, der über die Leistungen des Dritten Kapitels des SGB V hinausgeht. Da dieser Personengruppe weiterhin das System der individuellen Beihilfe mit familien- bzw. altersbezogenen Bemessungssätzen zur Verfügung steht, bedarf es auch nicht der Zahlung einer erhöhten Pauschale.

Zu a)

Die Erhöhung der Einkommensgrenze von 10.000 € auf 12.000 € wird als angemessen und ausreichend angesehen. Die Grenzen der Länder und des Bundes bewegen sich zwischen dem steuerlichen Grundfreibetrag von 9.168 € (für 2019) und 18.000 €.

Zu b)

Die vom DGB angeführte „Wahlmöglichkeit“ besteht nicht. Zu Bemessung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer häuslichen Krankenpflege ist immer das tariflich vereinbarte Entgelt zugrunde zu legen. Besteht ein Tarifvertrag nicht, ist auf das ortsübliche Entgelt abzustellen.

Zu c)

Bei den Aufwendungen für eine familien- und Haushaltshilfe ist der jeweils geltende

Mindestlohn zu berücksichtigen. Die Anzahl von sechs Stunden täglich wird als angemessen angesehen, da der Dienstherr damit seiner beihilferechtlich ergänzenden Hilfeleistung und somit seiner Fürsorgepflicht in ausreichender Form nachkommt.

Zu d)

Rehabilitationsmaßnahmen dienen der Wiederherstellung und Stabilisierung der Gesundheit. Sie müssen ärztlich begründet und durch ambulante Maßnahmen am Wohnort nicht zu erreichen sein. Vorliegende gesundheitliche Einschränkungen können daher nicht auf unbestimmte Zeit „hinausgeschoben“ werden. Eine Frist von vier Monaten ist ausreichend bemessen, um eine medizinisch notwendige Maßnahme anzutreten. Liegen im Einzelfall besonders (ärztlich) begründete Verhältnisse zur Durchführung vor, wird die Beihilfefestsetzungsstelle dies im Rahmen ihres Ermessens berücksichtigen.

Zu e)

Bei der Anlage 4 handelt es sich um eine auf Bund-Länder-Ebene abgestimmte Grundlage bezüglich der Beihilfefähigkeit einzelner Hilfsmittel, die natürlich auch in Anlehnung an die Leistungen der GKV erstellt wurde.

Die vom DGB geäußerte Befürchtung zur Nichtbeihilfefähigkeit von Herzschrittmachern trifft nicht zu. Diese sind keine Hilfsmittel im Sinne der Anlage 4. Herzschrittmacher werden im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung beihilferechtlich berücksichtigt.

## 2. dbb Bremen

Zu a)

Siehe Stellungnahme des Senats zu 1. a).

Zu b)

Der nunmehr vorgenommene Verweis auf den bundesrechtlich geregelten und damit bundesweit geltenden Mindestlohn ist angesichts des Adressatenkreises der Regelung sachgerecht.

Eine Bezugnahme auf die Regelungen im Bremischen Landesmindestlohn-Gesetz, welches sich auf öffentlich Beschäftigte sowie Unternehmen mit öffentlichen Aufträgen erstreckt, ist im Rahmen einer beihilferechtlichen Änderung nicht angebracht.

Zu c)

Bremen hat neben Hessen ein familienbezogenes Bemessungssystem in der Beihilfe. Beim Bund und den anderen Ländern kommt beihilferechtlich das personenbezogene System zur Anwendung.

Die Regelbemessungssätze berücksichtigen in typisierender Form den für die jeweiligen Personengruppen nach Alimentationsgesichtspunkten bestehenden Bedarf an Beihilfe. Der Bemessungssatz legt damit den Prozentsatz fest, in welcher Höhe der Anspruchsberechtigte eine Erstattung der Krankheitsaufwendungen erhält.

Bei einem familienbezogenen System gilt grundsätzlich ein Bemessungssatz, der gleichermaßen für den Beihilfeberechtigten sowie für die Angehörigen gilt. Der Grundbemessungssatz von 50 v.H. erhöht sich für jeden berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen um 5 v.H.; bei Versorgungsempfängern ist eine Erhöhung um 10 v.H. vorgesehen.



Bei einem personenbezogenen System gelten für den Beihilfeberechtigten und den Angehörigen feste Sätze je Person. Diese betragen zwischen 50 v.H. und 80 v.H..

Damit bestehen in der Höhe Abweichungen zwischen beiden Systemen.

Das familienbezogene System ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Der Dienstherr kommt damit seiner Fürsorgepflicht nach.

Die Anhebung der Bemessungssätze und die damit verbundene prozentuale Absenkung des Versicherungsschutzes in der privaten Krankenversicherung würden zwar zu einer Entlastung der Beamtinnen und Beamten mit Angehörigen sowie der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger führen. Im Gegenzuge sind jedoch erhebliche haushaltsmäßige Auswirkungen zu erwarten. Die Kostensteigerung wird auf etwa 10 % der aktuellen Beihilfeausgaben (ohne Pflegebeihilfe) geschätzt. Angesichts der aktuellen Haushaltslage, die die Beschlussvorschläge Nummer 2 und 3 notwendig macht, wird von einer Änderung der derzeitigen Bemessungssätze abgeraten.

Zu d)

Aufgrund des Wegfalls der Praxisgebühr in der GKV hat der Senat den beihilferechtlichen Eigenbehalt zum 1. Januar 2014 um rd. 30 % abgesenkt, damit eine Gleichbehandlung mit der GKV erzielt wird. Eine weitere Minderung bzw. ein völliger Wegfall wird als nicht sachgerecht angesehen, da in der GKV andere Zuzahlungen bestehen und auch beihilferechtlich andere Länder eine Kostendämpfungspauschale beibehalten.

### 3. DFeuG Bremen

Zu a)

Ist die Führung des Haushalts aufgrund einer Erkrankung des Haushaltsführenden nicht möglich, sind die Kosten bis zu den festgelegten Grenzen beihilfefähig. Die Regelung in § 4 Absatz 1 Nummer 4 letzter Satz BremBVO ist angemessen und sachgerecht. Von dem in § 3 Absatz 7 BremBVO genannten Personenkreis kann erwartet werden, dass ohne Entgelt die Unterstützung geleistet wird. Die Auffassung, dass Kinder in fremde Haushalte „abgeschoben“ werden könnten, wird nicht geteilt.

Zu b)

Der Ausschluss basiert darauf, dass eine neuropsychologische Therapie bei den in § 5c Absatz 2 genannten Personen medizinisch nicht geeignet ist. Eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes liegt nicht vor.

Zu c)

Nach der Bremischen Beihilfeverordnung sind nur die (medizinisch) notwendigen Aufwendungen beihilfefähig. Insofern ist eine chirurgische Laserbehandlung zu Hornhautkorrektur von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen, wenn die Korrektur durch eine Sehhilfe bzw. durch Kontaktlinsen erreicht werden kann. Medizinische Bedenken bestehen hinsichtlich dieser Regelung nicht.

#### 4. Bremischer Richterbund

Zu a)

Siehe Stellungnahme des Senats zu 1. a).

Zu b)

Siehe Stellungnahme des Senats zu 2. c).

Zu c)

Siehe Stellungnahme des Senats zu 2. d).

#### **F. Öffentlichkeitsarbeit und Veröffentlichung nach dem Informationsfreiheitsgesetz**

Geeignet nach Beschlussfassung.

#### **G. Beschluss**

Der Senat beschließt entsprechend der Vorlage der Senatorin für Finanzen vom 07. Mai 2019 die Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung sowie die Ausfertigung der Verordnung und deren Verkündung im Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen.

# Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen

2019	Verkündet am	Nr.
------	--------------	-----

## Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung

Vom ...

Aufgrund des § 80 Absatz 4 des Bremischen Beamtengesetzes vom 22. Dezember 2009 (Brem.GBl. 2010 S. 17 — 2040-a-1), das zuletzt durch Gesetz vom 5. März 2019 (Brem.GBl. S. 71) geändert worden ist, verordnet der Senat:

### Artikel 1 Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung

Die Bremische Beihilfeverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Juni 2005 (Brem.GBl. S. 215 — 2042-e-1), die zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 14. Februar 2017 (Brem.GBl. S. 79) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
  - a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Anspruch kann nicht abgetreten und grundsätzlich nicht verpfändet werden.“
  - b) Es werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

„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 Beihilfefeststellungsstelle kann Beihilferückforderungen mit Leistungen nach dieser Verordnung aufrechnen.“
2. § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

„2. in Fällen dauernder Pflegebedürftigkeit

    - a) des Beihilfeberechtigten,
    - b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten,
    - c) für die nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kinder;“
  - b) Die bisherigen Nummern 2 bis 5 werden die Nummern 3 bis 6.

## 3. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „10 000“ durch die Angabe „12 000“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 9 werden folgende Sätze angefügt:

„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.“

## 4. § 4 wird wie folgt geändert:

## a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

## aa) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„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,“

## bb) Nummer 4 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

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

## cc) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„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 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.“

- dd) Nach Nummer 6 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„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.“

- ee) Nummer 8 wird wie folgt gefasst:
- „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“.
- ff) In Nummer 9 wird die Angabe „Anlage 3“ durch die Angabe „Anlage 4“ ersetzt.
- gg) In Nummer 10 wird die Angabe „§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2“ durch die Angabe „§ 5 Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Nummer 1 werden nach dem Wort „Methode“ die Wörter „nach der Anlage 5“ eingefügt.
5. §§ 4a bis 4f werden wie folgt gefasst:

„§ 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 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 Kriegsoferfürsorge 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.

## § 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.

## § 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.

## § 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.“

6. Nach § 4f werden folgende §§ 4g bis 4l eingefügt:

#### „§ 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.

## § 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 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 A13 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 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.

#### § 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.“
7. Dem § 5 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
- „Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die stationäre Maßnahme innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen wird.“
8. Nach § 5a werden folgende §§ 5b und 5c eingefügt:

„§ 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,

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 Alzheimer-typ, 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.“

## 9. § 8 wird wie folgt geändert:

## a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(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.“

## b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „aus beruflichen Gründen“ werden durch die Wörter „die schul-, ausbildungs-, studien- oder berufsbedingt“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Abweichend von Satz 1 Halbsatz 1 sind Aufwendungen für FSME-Schutzimpfungen und Gripeschutzimpfungen beihilfefähig.“

## c) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 4 und 5 angefügt:

„(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 für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind nach Maßgabe der Anlage 6b beihilfefähig.“

## 10. § 11 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(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.“

## 11. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nummer 1 wird die Angabe „10 000“ durch die Angabe „12 000“ ersetzt.

b) Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 5 wird aufgehoben.

d) Die Absätze 6 bis 8 werden die Absätze 5 bis 7.

12. In § 12b Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „(§ 7 der Bundespflegeverordnung)“ durch die Angabe „(§ 16 der Bundespflegeverordnung, §§ 17 und 19 des Krankenhausentgeltgesetzes)“ ersetzt.
13. § 13 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
- „(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.“
14. Anlage 1 erhält die im Anhang 1 zu dieser Verordnung abgedruckte Fassung.
15. Anlage 3a und Anlage 3b erhalten die im Anhang 2 zu dieser Verordnung abgedruckte Fassung.
16. Anlage 3 wird Anlage 4 und wie folgt geändert:
- a) Die Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
- „1. 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
  - 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 Polyarthritits)
- 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, Ultraschalleitgerät)
- 2.13 Blindenstock, -langstock oder -taststock
- 2.14 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)
- 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
- 5.6 Epicondylitisbandage oder -spange mit Pelotten
- 5.7 Epitrainbandage
- 5.8 Ernährungssonde
- 6.1 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-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 Blutteststreifen beihilfefähig
- 7.7 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese)
- 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)
- 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 Korsetts für Brustprothesenträgerinnen
- 11.14 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
- 11.15 Koordinator nach Schielbehandlung
- 11.16 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
- 11.17 Kopfschützer
- 11.18 Korrektursicherungsschuh
- 11.19 Krabblerrahmen für Spastikerinnen und Spastiker
- 11.20 Krampfaderröhrchen

- 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
- 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
- 16.2 Peak-Flow-Meter
- 16.3 Penisklemme
- 16.4 Peroneusschiene, Heidelberger Winkel
- 16.5 Phonator
- 16.6 Polarimeter
- 16.7 Psoriasisikamm
- 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
- 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, Achillessehnen-schäden 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)
- 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 Verbandsschuhe (Einzelschuhversorgung)
- 22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit
- 23.1 Wasserfeste Gehhilfe
- 23.2 Wechseldruckgerät
- 24.1 (frei)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zyklomat-Hormon-Pumpe.“

b) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. Aufwendungen für Hörgeräte einschließlich der Nebenkosten sind für Personen ab 15 Jahren auf 1 500 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.“

c) Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

„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-Matrasen, Matrasenbezüge 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
- 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 endotrachealen 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 Elektronik-Muscle-Control (EMC 1000)
- 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
- 9.1 Intraschallgerät (Schallwellengerät)
- 9.2 Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
- 9.3 Ionisierungsgeräte (zum Beispiel Ionisator, Pollimed 100)
- 9.4 Ionopront, PermoX-Sauerstoffherzeuger
- 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 Dermatitis),
  - b) neben der Blasen- oder Darminkontinenz liegen so schwere Funktionsstörungen vor (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust), dass sonst der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis droht,

c) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht

- 11.9 Kreislaufgerät
- 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
- 19.9 Stimmübungssystem für Kehlkopfloser
- 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)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zahnpflegemittel
- 26.2 Zweirad für Behinderte.“

d) Nummer 12.1 wird wie folgt gefasst:

„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 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.“

e) Nummer 13 Satz 1 wird aufgehoben.

17. Nach Anlage 4 wird Anlage 5 in der im Anhang 3 zu dieser Verordnung abgedruckten Fassung angefügt.
18. Nach Anlage 5 werden die Anlagen 6a und 6b in der im Anhang 4 zu dieser Verordnung abgedruckten Fassung angefügt.

## **Artikel 2 Bekanntmachungserlaubnis**

Die Senatorin für Finanzen kann den Wortlaut der Bremischen Beihilfeverordnung in der vom Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3 Absatz 1 an geltenden Fassung im Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen bekanntmachen.

## **Artikel 3 Inkrafttreten**

(1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Datum des ersten Tages des ersten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Beschlossen, Bremen, den .....

Der Senat

**Anhang 1 (zu Artikel 1 Nummer 14)****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,
  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
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;
  - 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 Gruppen-

behandlung 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**

- 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

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. 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. 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 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 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 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 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 post-traumatischen 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 post-traumatischen 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,
  3. Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers),
  4. Gestalttherapie,
  5. Körperbezogene Therapie,
  6. Konzentrierte 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.

## Anhang 2 (zu Artikel 1 Nummer 15)

### Anlage 3 a

(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 1.1.2019
	<b>Bereich Inhalation</b>		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Einzelinhalation b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,00  4,30	8,80  4,80

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  ab 1.1.2019
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer  Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	6,80	7,50
2	Radon-Inhalation a) im Stollen a) mittels Hauben	13,60 16,60	14,90 18,20
	<b>Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>		
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



Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  ab 1.1.2019
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	64,90	71,40
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad  a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten  b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer 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		
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  b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten		
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad  a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten  b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer 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		

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  ab 1.1.2019
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	98,30	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) 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
	<b>Bereich Massagen</b>		
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile  a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perio-, 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 b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	  23,40 35,00 53,00 11,30	  25,70 38,50 58,30 12,40
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	27,70	30,50

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  ab 1.1.2019
	<b>Bereich Palliativversorgung</b>		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	60,00	66,00
	<b>Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
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 Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid		
	aa) Teilpackung	32,90	36,20
	bb) Großpackung	43,40	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	9,20	10,20
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	18,50	20,30
26	Heublumensack, Peloidkomresse	11,00	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	5,50	6,10

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  ab 1.1.2019
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) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauße) einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,80 24,00	16,20 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) Hand- oder Fußbad b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	8,00 16,00 22,20	8,80 17,60 24,40

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro ab 1.1.2019
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	3,70	4,10
37	<b>Gashaltiges Bad</b> a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlen- säurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließ- lich der erforderlichen Nachruhe c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregas- bad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) Radon-Bad einschließlich der erforder- lichen Nachruhe e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	23,40 27,00 25,20 22,20 3,70	25,70 29,70 27,70 24,40 4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern 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.		
	<b>Bereich Kälte- und Wärmebehandlung</b>		
39	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation inten- siver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit ent- sprechenden Apparaturen sowie Eisteil- bädern 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
	<b>Bereich Elektrotherapie</b>		

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  ab 1.1.2019
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
	<b>Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b>		
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 a) Richtwert: 30 Minuten b) Richtwert: 45 Minuten c) Richtwert: 60 Minuten d) Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	38,00 53,60 62,60 94,00	41,80 59,00 68,90 103,40
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	45,80 31,40	50,40 34,60

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  ab 1.1.2019
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten  d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten  Aufwendungen für die Vor- und Nach- bereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugs- personen sind daneben nicht beihilfefähig.	61,40  51,00	67,60  56,10
	<b>Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)</b>		
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungs- planung, einmal je Behandlungsfall	38,00	41,80
51	Einzelbehandlung  a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten  b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten  c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten  d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten  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  bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen  bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	38,00  49,80  65,80  116,50      37,00  49,40  61,60	41,80  54,80  72,30  128,20      40,70  54,40  67,70

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  ab 1.1.2019
52	Gruppenbehandlung a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,50  18,70  34,40  63,80	16,00  20,60  37,90  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
	<b>Bereich Podologie</b>		
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
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



Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  ab 1.1.2019
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
	<b>Bereich Ernährungstherapie</b>		
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
	<b>Bereich Sonstiges</b>		
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.

## **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,
- 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. 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) 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.

#### **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-Kreislauf-erkrankungen, 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.

**Anlage 3 b**

(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,
    - 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,
  - a) 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.

### **Anhang 3 (zu Artikel 1 Nummer 17)**

#### **Anlage 5**

(zu § 4 Absatz 2 Nummer 1 BremBVO)

### **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 Atlasterapie 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 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)
- 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
- 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

**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 atrophem 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 Verschlusskrankungen 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.

#### **Anhang 4 (zu Artikel 1 Nummer 18)**

#### **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) 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
- 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

**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) 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

# **Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung**

## **Begründung**

### **Allgemeines:**

Die Notwendigkeit der Änderungen der Bremischen Beihilfeverordnung ergeben sich aus den folgenden Punkten:

- Die Änderungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung - Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI - sind in das Beihilferecht zu übernehmen. Die anzupassenden Regelungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit betreffen die zweite und dritte Stufe im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze 2 und 3 (PSG II und PSG III).
- Die höchstrichterliche Rechtsprechung zum Existenzminimum bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist umzusetzen.
- Durch die Übernahme von Teilen der von der Senatorin für Finanzen erlassenen Durchführungsbestimmungen in die Bremische Beihilfeverordnung wird die Rechtssicherheit erhöht.
- Durch die Aufnahme neuer Therapieformen und weiterer Regelungen wird dem derzeitigen Stand medizinischer Erkenntnisse Rechnung getragen.
- Notwendige Änderungen zur Verbesserung der Situation von Alleinstehenden bei Erkrankung sind vorzunehmen.
- Notwendige Anpassungen bei der Einkommensgrenze zur Berücksichtigungsfähigkeit von Angehörigen sind vorzunehmen.
- Die Anpassung der Beihilfefähigkeit psychotherapeutischer Behandlungen an GKV-Recht.
- Schließlich sind Regelungen zur Verwaltungsvereinfachung, rechtliche Klarstellungen und redaktionelle Änderungen in die Bremische Beihilfeverordnung aufzunehmen.

### **Zu den Vorschriften im Einzelnen:**

#### **Zu Artikel 1 – Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung:**

##### **Zu Nummer 1 (§ 1 Absatz 3 BremBVO):**

###### **Zu a):**

Mit der Änderung wird der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Vererbung der Beihilfe entsprochen.

###### **Zu b):**

Satz 4: Folgeänderung zu a)

Satz 5: Rechtsgrundlage zur Aufrechnung überzahlter Beihilfen.

##### **Zu Nummer 2 (§ 2 BremBVO):**

###### **Zu a):**

Redaktionelle Änderung dient der Rechtsklarheit.



**Zu b):**

Folgeänderung zu a).

**Zu Nummer 3 (§ 3 BremBVO):**

**Zu a):**

Die zum 1. Januar 2002 eingeführte Einkommensgrenze in Höhe von 10 000 Euro zum Beihilfeausschluss bei wirtschaftlich selbständigen Ehegatten von Beihilfeberechtigten ist seitdem unverändert geblieben. Bei der festgelegten Höhe wird davon ausgegangen, dass die/der Angehörige wirtschaftlich selbständig ist und für einen eigenen Krankenversicherungsschutz sorgen kann, ohne dass es einer zusätzlichen Hilfe durch den Dienstherrn bedarf. Für die Ermittlung der Einkünfte sind die steuerrechtlichen Vorschriften (§ 2 Abs. 3 EStG) maßgebend. In Einzelfällen kann es dazu kommen, dass beihilfekonform privat versicherte Angehörige (insbes. mit Rentenbezug) die derzeitige Grenze in Zukunft überschreiten werden. Durch den Wegfall des „Beihilfeanspruches“ besteht die Notwendigkeit einer Vollversicherung in der Privaten Krankenversicherung mit hohen Versicherungsbeiträgen. Diese Beiträge stehen in keinem angemessenen Verhältnis zu vorhandenen Einkommen. Diese finanzielle Belastung wird mit der Anpassung vermieden.

**Zu b):**

Verhandlungen über Schadenersatzansprüche und deren Realisierung ziehen sich in der Regel über einen längeren Zeitraum hin. Betroffene müssen jedoch hohe Behandlungsaufwendung unter Umständen sofort begleichen. Entspricht der derzeitigen Praxis. Rechtliche Klarstellung zur Verpflichtung der Rückzahlung.

**Zu Nummer 4 (§ 4 BremBVO):**

**Zu a):**

**Zu aa):**

Redaktionelle Anpassung in Bezug auf die Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes.

**Zu bb):**

Redaktionelle Klarstellung und Anpassung an die tarifrechtlichen Regelungen.

**Zu cc):**

Neugliederung und rechtliche Klarstellung der Regelung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe. Alleinstehende, die sich nicht mehr selbst versorgen können, erhalten einen Anspruch.

**Zu dd):**

Rechtliche Klarstellung zur Beihilfefähigkeit von Medizinprodukten entsprechend der vertragsärztlichen Versorgung von Arzneimitteln.

**Zu ee):**

Umfang und Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit für Heilmittel bestimmen sich nunmehr nach den Anlagen 3a und 3b.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird der angepasste Leistungskatalog für Heilmittel (Anlage 3a) in die Bremische Beihilfeverordnung aufgenommen. In Anlage 3b wird der Personenkreis der berechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bestimmt.

**Zu ff):**

Folgeänderung aufgrund Nummer 15.

**Zu gg):**

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Änderung des Bremischen Reisekostengesetzes.

**Zu b):**

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird der Ausschluss bzw. Teilausschluss bestimmter Behandlungsmethoden in die Verordnung aufgenommen.

**Zu Nummer 5 und 6 (§ 4a bis § 4m BremeBVO):**

Mit der Änderung erfolgen die Anpassungen an die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung. Zur Übersichtlichkeit wird die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit entsprechend aufgliedert.

**Zu Nummer 7 (§ 5 Absatz 4 BremBVO)**

Rechtliche Klarstellung zur Antrittsfrist, die der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

**Zu Nummer 8 (§§ 5b und 5c BremBVO):**

**Zu § 5b:**

Die Aufnahme von Aufwendungen für eine Soziotherapie in das Beihilferecht entspricht dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben psychisch erkrankte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Versorgung mit Soziotherapie. Zur Konkretisierung des beihilferechtlichen Anspruchs wird daher auf § 37a SGB V verwiesen.

Da psychisch erkrankte Beihilfeberechtigte häufig Probleme haben, verordnete Medikamente einzunehmen, ärztliche Ratschläge zu befolgen und notwendige ärztliche Nachgespräche tatsächlich wahrzunehmen, ist die ambulant durchzuführende Soziotherapie für diese Patientinnen und Patienten ein wesentliches und mittelbares Element des ärztlichen Handelns und versetzt sie in die Lage, sich einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen. Die Soziotherapie hilft teure Krankenhausbehandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen. Mit Aufnahme dieser Therapieform in die Bremische Beihilfeverordnung wird auch psychisch kranken Beihilfeberechtigten und psychisch kranken berücksichtigungsfähigen Angehörigen diese Art der Betreuung ermöglicht.

**Zu § 5c:**

Die Aufnahme von Aufwendungen für neuropsychologische Therapie in das Beihilferecht erfolgt auf der Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen geistiger Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Die neuropsychologische Therapie ist notwendig, um eine weitgehend vollständige Krankenbehandlung zu ermöglichen.

**Zu Nummer 9 (§ 8 BremBVO):**

**Zu a):**

Anpassung an die geltende zahnärztliche Gebührenordnung (GOZ). Die Altersgrenze des 21. Lebensjahres ist medizinisch nicht mehr geboten.

**Zu b):**

**Zu aa):**

Die Änderung dient der rechtlichen Klarstellung.

**Zu bb):**

Regelung ist durch die ständige Ausweitung der FSME-Gebiete erforderlich. Die Beihilfefähigkeit der Grippevorsorge ist medizinisch geboten.

**Zu c):**

Aufwendungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockrisiko und des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind nur in den von der Krebshilfe zugelassenen Zentren beihilfefähig. Zur Schaffung der Rechtssicherheit werden die jeweiligen Zentren und der Umfang der Aufwendungen in die Bremische Beihilfeverordnung aufgenommen. Einzelheiten sind in den neuen Anlagen 6a und 6b (Anhang 3) geregelt. Eine gesonderte Einzelfallentscheidung der Beihilfefestsetzungsstelle entfällt damit.

**Zu Nummer 10 (§ 11 Absatz 2 BremBVO)**

Folgeänderung zur Änderung der Nummer 1 a).

**Zu Nummer 11 (§ 12 BremBVO):**

**Zu a):**

Vgl. hierzu Begründung zu Nummer 3 a).

**Zu b):**

Aufgrund der Möglichkeit eines Verzichts des über den Betrag von 20,99 € hinausgehenden Zuschusses läuft die Regelung beihilferechtlich in Leere. Eine Prüfung durch die Festsetzungsstelle entfällt damit.

**Zu c):**

Aufgrund der Möglichkeit eines Verzichts des über den Betrag von 40,99 € hinausgehenden Zuschusses läuft die Regelung beihilferechtlich in Leere. Eine Prüfung durch die Festsetzungsstelle entfällt damit.

**Zu d):**

Folgeänderung aufgrund c).

**Zu Nummer 12 (§ 12b Absatz 1 BremBVO):**

Redaktionelle Anpassung in Bezug auf die Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes.

**Zu Nummer 13 (§ 13 Absatz 4 BremBVO):**

Rechtliche Klarstellung zu Abschlagszahlungen und der Möglichkeit der Auszahlung der Beihilfe im Ausnahmefall an Dritte (z.B. Krankenhaus).

**Zu Nummer 14 (Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 2 BremBVO)**

Mit der Neufassung der Anlage 1 werden die Änderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wirkungsgleich in das bremische Beihilferecht übertragen. Zudem werden die Regelungen neu strukturiert.

**Zu Nummer 15 (Anlagen 3 a und 3 b zu § 4 Abs. 1 Nr. 8 BremBVO):**

Vgl. hierzu die Begründung zu Nummer 4 a) cc).

**Zu Nummer 16 (Anlage 4 zu § 4 Abs. 1 Nr. 9 BremBVO):**

Folgeänderung aufgrund Nummer 15.

**Zu a):**

Die Aktualisierung des Verzeichnisses entspricht der medizinisch notwendigen Versorgung mit Hilfsmitteln. Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit erfolgt eine Nummerierung.

**Zu b):**

Die Anpassung der angemessenen Aufwendungen für die Versorgung mit Hörgeräten erfolgt zusammen mit einer rechtlichen Klarstellung der Regelung.

**Zu c):**

Aktualisierung der von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Hilfsmittel. Die Nummerierung erfolgt zur besseren Übersicht.

**Zu d):**

Durch die Aufnahme der Regelung in Buchstabe c) erfolgt eine Anpassung an den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Redaktionelle Änderungen und Folgeänderung.

**Zu e):**

Folgeänderung aufgrund der Aufnahme der Regelung in 12.1. Buchstabe b).

**Zu Nummer 17 (Anlage 5 zu § 4 Abs. 2 Nr. 1 BremBVO):**

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird das angepasste Verzeichnis in die Bremische Beihilfeverordnung aufgenommen.

**Zu Nummer 18 (Anlagen 6a und 6b zu § 8 Abs. 4 und 5 BremBVO)**

Vgl. Nummer 9c).

**Artikel 2 – Neufassung**

Im Hinblick auf den Umfang der Änderungen ist eine Neufassung angezeigt.

**Artikel 3 – Inkrafttreten:**

Regelt das Inkrafttreten.

Die Regelung in Absatz 2 ist erforderlich, da ein Inkrafttreten nur zum jeweiligen Jahresbeginn sinnvoll ist. Es würde sonst ein erheblicher Verwaltungsmehraufwand entstehen.

Anlage 1

**DGB**

Deutscher Gewerkschaftsbund  
**DGB Bremen-Elbe-Weser**

DGB Bremen-Elbe-Weser | Bahnhofplatz 22-28 | 28195 Bremen

Die Senatorin für Finanzen  
Hans-Werner Schmiedel  
Rudolf-Hilferding-Platz 1  
28195 Bremen  
- Via Mail -

**Stellungnahme des DGB zum Entwurf zur Änderung der Bremische Beihilfeverordnung – BremBVO** 2. April 2019

**Annette Düring**  
Vorsitzende  
DGB Bremen-Elbe-Weser

annette.dueing@dgb.de

Sehr geehrter Herr Schmiedel,

Wir kommen Ihrer Bitte um Stellungnahme gerne nach und geben zur Vorlage wie folgt Stellung.

Telefon: 0421-33576-10  
Telefax: 0421-33576-60

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen die Aufnahme von Regelungen zur Pflegeversicherung in die Bremische Beihilfeverordnung. Dennoch bleibt die Beihilfe auch unter Berücksichtigung der beabsichtigten Änderungen hinter unseren Forderungen zurück:

dü/te  
Bahnhofplatz 22-28  
28195 Bremen

A) So ist unsere Forderung nach einer Befreiung vom Abzug von Eigenbehalten bisher nicht erfüllt. U.a. Niedersachsen und Hamburg ziehen Eigenbehalte für ein Kalenderjahr auf Antrag dann nicht mehr ab, wenn sie innerhalb des Kalenderjahres den Grenzbetrag von zwei Prozent (bzw. ein Prozent, wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger chronisch krank ist) der Summe der jährlichen Einkünfte überschreiten.

bremen.dgb.de

B) Mit der in § 80 Abs. 4 beabsichtigten Änderung des Bremischen Beamtengesetzes soll die Möglichkeit einer pauschalen Beihilfe zum Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bzw. zum Basistarif der Privaten Krankenversicherung (PKV) eingeführt werden. Die beiden Versicherungsmodelle sind jedoch nicht leistungsgleich. Während die GKV ohne Beitragsanhebung eine Familienversicherung beinhaltet und im Ruhestand durch die Beiträge durch die reduzierten Versorgungsbezüge automatisch um mindestens 28,25 Prozent sinken, sieht die PKV weder familien- noch altersbezogene Leistungen vor.

Die Gewährung von Beihilfen finden ihre Grundlagen in der Fürsorgepflicht des Dienstherrn. Dieser muss Vorkehrungen treffen, dass der amtsangemessene Lebensunterhalt des Beamten und seiner Familie bei Eintritt besonderer finanzieller Belastungen durch Krankheits-, Pflege-, Geburts- oder Todesfälle nicht gefährdet

Name, Adresse und zur Bearbeitung notwendige Angaben werden vorübergehend gespeichert.  
Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Material.



wird. Die Beihilfe soll daher den Beamten von der Besoldung bzw. Versorgung nicht gedeckten notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang freistellen. Der Dienstherr darf somit die Beihilfe, da er sie als eine die Vorsorge ergänzende Leistung konzipiert hat, nicht ohne Rücksicht auf die vorhandenen Versicherungsmöglichkeiten ausgestalten (vgl. BVerfGE 2 BvR 1053/98).

Da zudem für den überwiegenden Teil der Beamten der Zugang zur GKV gesetzlich verbaut ist und sie sich zwingend in der PKV absichern müssen, sind hier, wenn schon nicht im Bremischen Beamtengesetz, so aber doch zumindest in der Beihilfeverordnung eine ausgleichende familien- und altersbezogene Beihilfe für die PKV sicherzustellen.

Darüber hinaus wäre es wünschenswert, wenn bei derart umfassenden Änderungen, wie sie hier in der Bremischen Beihilfeverordnung geplant sind, eine Gegenüberstellung der Alt- und Neuregelungen beigelegt würde. Alternativ wäre auch zu den Änderungen in den Anlagen jeweils eine Begründung erforderlich gewesen. Da sich insbesondere hier weder Umfang, noch Auswirkungen der Änderungen in der zur Verfügung stehenden Zeit nachvollziehen lassen, wird hier die Stellungnahme unter dem Vorbehalt abgegeben, dass die GdP jede Reduzierung von Leistungen ablehnt.

#### **Zu den einzelnen Vorschriften:**

#### **Zu Artikel 1 Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung**

##### **Zu Nr. 3 (§ 3)**

Die beabsichtigte Anhebung von 10.000 auf 12.000 Euro wird als nicht ausreichend erachtet. Wir fordern eine Anhebung auf das Niveau der anderen norddeutschen Länder, also auf 18.000 Euro.

##### **Zu Nr. 4 (§ 4) bb)**

Bisher ist eindeutig geregelt, was als angemessen anzusehen ist. Mit der Änderung wird eine variable Größe „tarifliche oder ortsübliche Entgelt einer Pflegekraft der öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger“ eingeführt, die interpretiert werden muss. Da hier zwei Wahlmöglichkeiten enthalten sind, muss klargestellt werden, dass immer die vergleichsweise höheren Aufwendungen als angemessen angesehen werden.

##### **Zu Nr. 4 (§ 4) cc)**

Es ist nicht erkennbar, warum die Leistung höchstens für 6 Stunden täglich erbracht wird. Wir fordern hier entsprechend der Regelung des Bundes eine Anhebung auf 8 Stunden.

Zu Nr. 7 (§ 5 Abs. 4)

Wir sehen den Ausschluss der Beihilfefähigkeit nach Ablauf einer Frist von 4 Monaten kritisch. Es besteht die Gefahr, dass die Durchführung notwendige Heilbehandlungen nur deshalb gefährdet ist, weil Behandlungsplätze nicht zeitgerecht verfügbar sind.

Zu Nr. 11 (§ 12)

- Siehe Begründung zu Nr. 3

Zu Nr. 16 a) ff.

Wir verweisen hier auf die bereits pauschal vorgebrachte Kritik an den nicht im Detail begründeten Änderungen. Unter anderen scheint es so, dass die Beihilfefähigkeit eines Herzschrittmachers einschließlich Kontrollgerät und Zubehör nicht mehr gegeben ist. Das kann nicht richtig sein, weil diese Leistungen auch von der GKV erbracht werden müssen. Die beabsichtigten Änderungen sind nicht mehr nachvollziehbar. Weiterhin ist nicht erkennbar, ob die Beihilfe auch in Satzungen festgelegte weitere Leistungsverpflichtungen der GKV umfasst. Wir erwarten eine differenzierte Darstellung der Änderungen, sowie einen Abgleich der Beihilfefähigkeit mit den verpflichtenden und freiwilligen, satzungsgemäßen Leistungen der GKV. Eine weitere Stellungnahme behalten wir uns vor.

Mit freundlichen Grüßen

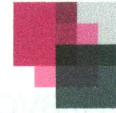


Annette Düring

Deutscher Gewerkschaftsbund  
Region Bremen-Elbe-Weser



Anlage 2



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

An den  
dbb - beamtenbund und tarifunion  
landesbund bremen  
Kontorhaus  
Rembertistraße 28

1.04.2019

## **Stellungnahme des dbb bremen –beamtenbund und tarifunion- zur Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung**

**- Ihr Schreiben vom 22. Februar 2019**

Sehr geehrter Herr Schmiedel,

der dbb beamtenbund und tarifunion bremen (dbb bremen) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum obigen Verordnungsentwurf zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung.

Bei der Änderung der Beihilfeverordnung geht es vor allem um Anpassung im Bereich der sozialen Pflegeversicherung, die mit der Verordnung in das Beihilferecht übernommen werden sollen, insbesondere um die Regelungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze 2 und 3 und die um die Sicherung des Existenzminimum bei dauernder Pflegebedürftigkeit. Insgesamt wird damit nur nachgezogen, was im GKV-Recht schon eingeführt worden ist.

### **Artikel 1 Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung**

Zu Nummer 1 (§1 Absatz 3 BremBVO):

Zu a): die Regelung, dass die Beihilfe die laufenden Bezüge bei Beamten und Versorgungsempfängern zur bestreitenden Eigenversorgung ergänzt und diese vererblich ist und nicht abgetreten und grundsätzlich nicht verpfändet werden kann, ist die Umsetzung höchstrichterlicher Rechtssprechung und wird vom dbb bremen nicht beanstandet.

Zu b): nicht zu beanstanden

Zu Nummer 2 (§2 Absatz 1 BremBVO):

Zu a) Nummer 2:

Die Aufnahme der Nummer 2 „in den Fällen dauernder Pflegebedürftigkeit ...“ zur Rechtsklarheit wird vom dbb bremen begrüßt.



Zu Nummer 3 (§ 3 BremBVO):

Zu a): Die Anhebung der Einkommensgrenze von 10.000 Euro auf 12.000 Euro ist nach Auffassung des dbb bremen zu gering. Der dbb bremen sieht eine Anhebung zwischen 17.000 und 18.000 Euro als gerechtfertigt an, damit würde die Grenze auf die der anderen Norddeutschen Länder angehoben.

Zu b): Der dbb bremen begrüßt die Aufnahme der Möglichkeit der Gewährung einer vorübergehenden finanziellen Hilfe.

Zu Nummer 4 (§ 4 BremBVO):

Zu a):

Zu bb): Der dbb bremen begrüßt die Festlegung der angemessenen Aufwandshöhe für die häusliche Krankenpflege an dem tariflichen oder ortsüblichen Entgelt einer Pflegekraft und den Verzicht auf die Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Pflegekraft.

Zu cc): Der dbb bremen befürwortet die Abkehr von der Festlegung der Vergütungshöhe bis 9,00 Euro. Die Höhe des von der Bundesregierung nach § 11 des Mindestlohngesetzes in der Fassung vom 11. August 2014 (BGBL. I S. 1348) in der jeweils geltenden Fassung verordneten allgemeinen Mindestlohn stellt eine leichte Verbesserung dar, ist aber dennoch zu gering. Bremen sollte im Bremer Landesmindestlohn-Gesetz den Mindestlohn auf 11,13 Euro festsetzen und bis zur dieser Höhe die Vergütung anerkennen.

Der dbb bremen begrüßt es, dass Alleinstehende, die sich nicht mehr selbst versorgen können, einen Anspruch auf Familien- und Haushaltshilfe erhalten.

Zu ee): Die Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel (Anlage 3 a und Anlage 3 b) entsprechen der Bundesbeihilfeverordnung – BBhV.

Zu Nummer 5 und 6 (§ 4a bis § 4m BremBVO):

Anpassungen an die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Zu Nummer 8 (§§ 5b und 5c BremBVO):

Der dbb bremen begrüßt die Aufnahme von Aufwendungen für eine Psychotherapie in das Beihilferecht und für neuropsychologische Therapien.

Zu Nummer 9 (§ 8 BremBVO):

Zu b):

Zu bb) Die Aufnahme der Beihilfefähigkeit für FSME-Schutzimpfungen und Gripeschutzimpfungen wird vom dbb bremen als notwendig und geboten erachtet.

Zu Nummer 11 (§ 12 BremBVO):

Hierzu Begründung zu Nummer 3 a).

Der dbb bremen fordert noch folgende Änderungen:

Während es in allen anderen Bundesländern, also auch im benachbarten Niedersachsen und im Bund mit Ausnahme von Hessen gang und gäbe ist, Bedienstete mit zumindest zwei Kindern eine Beihilfe von 70% zu gewähren, so dass eine private Krankenversicherung lediglich für die fehlenden 30% finanziert werden muss, beträgt diese in Bremen nur 60%. Auch die mitversicherten Kinder selbst haben in Bremen in dieser Konstellation nur einen Beihilfeanspruch von 60 %. Dieser liegt in den anderen Bundesländern und im Bund wieder mit Ausnahme von Hessen bei durchgehend 80%.

**Der §12 Absatz 1, Satz 2 soll geändert werden:**

**von:** um je 5 vom Hundert, jedoch höchstens auf 70 vom Hundert

**auf:** um je 10 vom Hundert, jedoch höchstens auf 80 vom Hundert

Daran anschließen sollte sich auch eine Erhöhung der Beihilfesätze für die Versorgungsempfänger, die in Bremen bei 60%, in allen anderen Bundesländern außer in Hessen aber bei 70% liegt.

**Der §12 Absatz 3, Satz 1 soll geändert werden:**

**von:** um 10 vom Hundert

**auf:** um 20 vom Hundert

Die Erhöhung um 20 vom Hundert bedeutet insofern auch eine Angleichung an die Regelungen in anderen Bundesländern.

**Der §12 a Eigenbehalt soll gestrichen werden.**

Längst überfällig ist auch die Rücknahme der Kostendämpfungspauschale aus § 12a der BremBeihVO. Die Praxisgebühr in der gesetzlichen Krankenversicherung, die als einer der Gründe für die Einführung der Kostendämpfungspauschale angeführt wurde, besteht bereits seit 2013 nicht mehr. Dieser Selbstbehalt stellt faktisch eine Kürzung des ohnehin schon niedrigen prozentualen Beihilfesatzes dar. In den meisten Bundesländern und insbesondere im Nachbarland Niedersachsen ist sie bereits wieder abgeschafft worden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Bremischen Beamten dieses Sonderopfer auch weiterhin erbringen sollen und ein weiterer Nachteil bei der Nachwuchsgewinnung bestehen bleibt.

Mit freundlichen Grüßen

Uwe Ahrens  
Beamtenrechtskommission



DFeuG Bremen - Machandelweg 11 - 28755 Bremen

**Freie Hansestadt Bremen  
Die Senatorin für Finanzen  
Herr Schmiedel  
Rudolf-Hilferding-Platz 1  
28195 Bremen**



Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft  
Landesgruppe Bremen

Landesgeschäftsstelle  
Machandelweg 11  
28755 Bremen

Mobil: +49(0)176 52 12 45 49

Fax: +49(0)421 69 94 280

geschaeftsstelle-bremen@dfaug.de  
www.dfeug.de

Bremen, 05. April 2019

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

Sehr geehrter Herr Schmiedel  
sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrem Schreiben vom 22.02.2019 baten Sie uns um Stellungnahme i.S. des §93 BremBG zu dem Entwurf einer Änderung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bremische Beihilfeverordnung – BremBVO).

Der Entwurf beinhaltet insbesondere folgende Änderungen:

- Nachzeichnung der Änderungen in der Sozialen Pflegeversicherung (2. und 3. Stufe Pflegestärkungsgesetz)
- Neuregelung (§ 4j Absatz 2) zum verbleibenden Existenzminimum bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- Erhöhung der Einkommensgrenze zur Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten
- Aufnahme der Beihilfefähigkeit neuer Therapieformen, Anpassungen an den aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse
- Aufnahme und Anpassungen von Höchstbeträgen in die Verordnung (neue Anlage 3)
- Anpassungen und Neustrukturierung der Anlage 1 (Psychotherapeutische Behandlungen)
- Änderungen im Sinne der Rechtssicherheit.

Die Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft DFeuG Landesgruppe Bremen nimmt zu den geplanten Änderungen in der

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

wie folgt Stellung:

Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft  
Bundesgeschäftsstelle  
Friedrichstraße 50  
42655 Solingen

Sitz: Solingen  
Amtsgericht Wuppertal  
VR30151  
Steuernr.: 129/5890/0158

Vorstand (§26 BGB)  
Ingo Schäfer (Vors.)  
Siegfried Maier  
Swen Kalowsky

Tel.: +49(0)212 64 56 48 55  
Fax: +49(0)212 64 56 48 57  
geschaeftsstelle@dfaug.de  
www.dfeug.de





Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft

Landesgruppe Bremen

## Artikel 1:

3. **§3 Abs. 9:** Wir begrüßen ausdrücklich die Möglichkeit, dass eine finanzielle Übergangshilfe gewährt werden kann.
4. **§4 Nummer 5:** Wird ein Kind, das das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, nach dem Tod der haushaltsführenden Person bei einem nahen Angehörigen (Ehegatte, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen) untergebracht soll keine Beihilfe gezahlt werden. Dieses ist nicht hinnehmbar. Der Begriff "nahe Angehörige" ist sehr weitschweifend definiert. Wird das Kind in einem fremden Haushalt untergebracht oder wird eine Haushalts- bzw. Familienhilfe eingestellt wären die Kosten beihilfefähig. Die Kosten entstehen bei den Schwiegereltern genauso wie bei einer Pflegefamilie. Also sind die Unterbringungskosten auch von der Beihilfe zu tragen. Wird das Kind bei nahen Angehörigen untergebracht und es wird dadurch eine Haushalts- bzw. Familienhilfe benötigt sind auch hierfür die Kosten von der Beihilfe zu tragen, da der Grundgesetzliche Schutz der Familie zu berücksichtigen ist. Eine Unterbringung bei Fremden ist also nachrangig in Betracht zu ziehen und es muss vermieden werden, dass eben diese aus finanziellen Aspekten heraus der Unterbringung bei Angehörigen vorgezogen wird.
5. **§5c (2):** Hier soll die Beihilfefähigkeit für Neuropsychologische Therapie nicht gegeben sein bei Patienten mit
  - ausschließlich angeborenen Erkrankungen,
  - progredienten Hirnerkrankungen im fortgeschrittenen Stadium und mit
  - Hirnschädigungen und Hirnerkrankungen, welche länger als 5 Jahre zurückliegt.

Das ist nicht hinnehmbar, es sei denn, dass eine andere Stelle in diesen Fällen die gleichwertige Finanzierung übernimmt. Wir verweisen auf das **Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz** und das **Grundgesetz Art. 3**.





**Anhang 3 (zu Artikel 1 Nr. 17) Anlage 5 Abschnitt 2 (Teilweiser Ausschluss) Nr. 2.:**

Eine Chirurgische Laserbehandlung soll unserer Auffassung nach auch dann Beihilfefähig sein, wenn eine Korrektur der Sehschärfe zwar mit einer Brille theoretisch möglich ist, aber praktisch auf Grund besonders starker Gläser eine erhebliche Belastung darstellt. Aus der Praxis sind solche Fälle bekannt. Ebenso besteht die Möglichkeit, dass die Folgekosten für die Therapie von Haltungsschäden (durch übergroße und überschwere Brillen - und trotz dem gerade hierbei Brillen mit kleinem Sehfeld) und der Folgen ein vielfaches der Kosten für die Laserbehandlung betragen können. Hier ist also eine Ausnahmeregelung einzuführen. Auch in diesen Fällen ist natürlich die Genehmigung der Festsetzungsstelle vorher einzuholen.

Artikel 2: Hier bestehen unsererseits keine Einwände

Artikel 3: Hier bestehen unsererseits keine Einwände

Grundsätzlich ist im vorliegenden Entwurf die Umsetzung der aktuellen Rechtsprechung gelungen und es ist eine rechtliche Klarstellung und auch eine Verbesserung für die Beamtinnen und Beamten deutlich erkennbar. Hierfür bedanken wir uns ebenso wie für die Möglichkeit der Stellungnahme und verbleiben

Wir bedanken und für die Möglichkeit der Stellungnahme und verbleiben

Mit freundlichem Gruß

Axel Seemann

1. Vorsitzender

**DFeuG**

Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft

Landesgruppe Bremen



**Stellungnahme**  
**des Bremischen Richterbundes**  
**zur Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung**

Der Bremische Richterbund begrüßt die vorgesehenen Neuaufnahmen von beihilfefähigen Therapieformen und die Anpassung an aktuelle medizinische Erkenntnisse. Auch die Anhebung der beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel in Anlage 3a zu § 4 Abs. 1 Nr. 8 S. 7 BremBVO um jeweils 10 Prozent wird begrüßt.

Für die Anpassung der Einkommensgrenze zur Berücksichtigungsfähigkeit von Angehörigen gem. § 3 Abs. 6 S. 1 BremBVO hätten wir uns zumindest eine Erhöhung im Sinne eines Inflationsausgleichs gewünscht. Bereits im Jahr 2002 wurde die diesbezügliche Grenze auf 10.000 € festgesetzt. Nunmehr erfolgte nach 17 Jahren erstmals eine 20prozentige Anhebung auf 12.000 €. Da die Inflation in diesem Zeitraum aber deutlich höher als 20 Prozent lag, wäre auch eine deutlich über 12.000 € liegende Erhöhung angezeigt gewesen.

Bei dieser Gelegenheit möchte der Bremische Richterbund nochmals auf die Notwendigkeit der Erhöhung der Beihilfesätze für Familien in § 12 BremBVO hinweisen.

Während es in allen anderen Bundesländern, also auch im benachbarten Niedersachsen und im Bund mit Ausnahme von Hessen gang und gäbe ist, Bediensteten mit zumindest zwei Kindern eine Beihilfe von 70% zu gewähren, so dass eine private Krankenversicherung lediglich für die fehlenden 30% finanziert werden muss, beträgt diese in Bremen nur 60%. Auch die mitversicherten Kinder selbst haben in Bremen in dieser Konstellation nur einen Beihilfeanspruch von 60%. Dieser liegt in den anderen Bundesländern und im Bund wieder mit Ausnahme von Hessen bei durchgehend 80%. Dies sind aber entscheidende Faktoren dafür, dass sich junge Bedienstete mit ihren Familien nach Bremen begeben und hier ihren Dienst aufnehmen. Diese ungleich schlechtere Behandlung von Familien mit Kindern ist damit – gerade in Ansehung des auch in Bremen angekommenen Problems des Nachwuchsmangels – ein nicht zu unterschätzender Standortnachteil und nicht zu rechtfertigen.

Längst überfällig ist auch die Rücknahme der Kostendämpfungspauschale aus § 12a der BremBVO. Dieser Selbstbehalt stellt faktisch eine Kürzung des ohnehin schon niedrigen prozentualen Beihilfesatzes dar. In den meisten Bundesländern und insbesondere im Nachbarland Niedersachsen ist der Selbstbehalt bereits wieder abgeschafft worden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Bremischen Beamten dieses Sonderopfer auch weiterhin erbringen sollen und ein weiterer Nachteil bei der Nachwuchsgewinnung bestehen bleibt.

Bremen, 05.04.2019  
Der Bremische Richterbund