

## **In der Senatssitzung am 19. Juli 2022 beschlossene Fassung**

Der Senator für Finanzen

Bremen, 5. Juli 2022

### **Vorlage für die Sitzung des Senats am 19. Juli 2022**

#### **„Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung“**

##### **A. Problem**

Der Bundesgesetzgeber hat zum 1. Januar 2022 einen sog. Leistungszuschlag in der Pflegeversicherung eingeführt (vgl. § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI -). Danach erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer Pflegeeinrichtung (vollstationäre Pflege) von der Pflegekasse für pflegebedingte Aufwendungen einen nach Bezugsdauer der Pflegeleistungen gestaffelten Leistungszuschlag zwischen 5 und 70 Prozent. Grund hierfür ist, dass die Pflegebedürftigen nach und nach vom Eigenanteil an den Pflegekosten finanziell entlastet werden sollen. Der Bundesgesetzgeber knüpft daran die Erwartung, dass das Armutsrisiko durch Pflege gesenkt werden kann, d. h. die Angewiesenheit auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe verringert wird (vgl. BT-Drs 19/30560 S 62). Beihilfeberechtigte Pflegebedürftige, die gesetzlich versichert sind, erhalten den Leistungszuschlag der Pflegekassen maximal zur Hälfte, da die Beihilfe die Leistungen der Pflegeversicherung ergänzt (vgl. § 28 Abs. 2 SGB XI und § 23 Abs. 3 SGB XI). Beihilfeberechtigte Pflegebedürftige, die privat krankenversichert sind, erhalten den Zuschlag von der Pflegekasse entsprechend des festgelegten Bemessungssatzes in Höhe von 30 Prozent. Folglich werden die Pflegebedürftigen auch nur prozentual anteilig durch den Leistungszuschlag, den die Pflegekassen zahlen, vom Eigenanteil entlastet. Eine beihilferechtliche Vorschrift, nach der der fehlende Anteil des Leistungszuschlags den beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen gewährt werden könnte, besteht im Land Bremen derzeit nicht. Folglich bedarf es hier einer Regelung.

Eine Unterarbeitsgruppe der Bund-Länder-Kommission für Fragen zur beamtenrechtlichen Krankenfürsorge hat die Höchstbeträge für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel geprüft und dem Bund und den Ländern eine Anpassung der Höchstbeträge empfohlen. Die überwiegende Anzahl der Länder, u. a. auch das Saarland, hat die empfohlene Anpassung der Beträge bereits im Landesrecht umgesetzt bzw. eine Umsetzung ist noch im Jahr 2022 geplant. Zur Sicherstellung einer ausreichenden beamtenrechtlichen Krankenfürsorge im Land Bremen ist die Empfehlung der Anhebung der Höchstbeträge für Heilmittel auch in das bremische Beihilferecht aufzunehmen.

##### **B. Lösung**

Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung.

Der Verordnungsentwurf sieht Folgendes vor:

Gewährung eines Leistungszuschlags als beihilferechtliche Leistung der vollstationären Pflege im Sinne des § 4j der Bremischen Beihilfeverordnung. Der beihilfefähige Leistungszuschlag ergänzt den nach § 43c SGB XI an Beihilfeberechtigte lediglich

durch die Pflegekasse anteilig zu gewährenden Leistungszuschlag. Der beihilferechtliche Leistungszuschlag ist rückwirkend zum 1. Januar 2022 zu gewähren, dem Datum des Inkrafttretens des § 43c SGB XI.

Anpassung der Höchstbeträge für ärztliche und zahnärztliche Heilmittel durch Neufassung der Anlage 3a zur Bremischen Beihilfeverordnung entsprechend der Empfehlung der Unterarbeitsgruppe der Bund-Länder-Kommission für Fragen der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge.

### **C. Alternativen**

Es werden keine Alternativen vorgeschlagen.

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

#### Finanzielle Auswirkungen:

Die Gewährung eines beihilferechtlichen Leistungszuschlags in Fällen der vollstationären Pflege führt nach Schätzungen anhand der derzeit bekannten Fälle zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe von 1.800.000 €.

Die Anpassung der Höchstbeträge für Heilmittel wird im Zeitraum Oktober bis Dezember 2022 zu Mehrausgaben in Höhe von ca. 34.250 € und ab 2023 zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe von ca. 137.000 € führen.

Die Mehrausgaben entstehen zunächst in den dezentralen Haushalten der Ressorts und Dienststellen. Im Rahmen des Jahresabschlusses werden die dezentralen Beihilfeausgaben aufgrund haushaltsgesetzlicher Ermächtigung grundsätzlich ausgeglichen. Sollten die eingestellten Beihilfe-Mittel für den produktplanübergreifenden Ausgleich nicht ausreichen, werden Mittel aus der globalen Vorsorge im Personalhaushalt im Produktplan 92 zur Finanzierung des Defizits herangezogen. Erhöhte Beihilfeausgaben für refinanziertes Personal sind zusätzlich beim Drittmittelgeber abzurechnen oder zu erwirtschaften.

#### Gender-Prüfung:

Der Verordnungsentwurf hat gleichermaßen Auswirkung auf die Lebenssituation aller Geschlechter.

### **E. Beteiligung und Abstimmung**

Der Verordnungsentwurf ist mit den Ressorts, der Landesbeauftragten für den Datenschutz und Informationsfreiheit, der Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, der Bürgerschaftskanzlei sowie dem Magistrat der Stadtgemeinde Bremerhaven abgestimmt.

Zudem wurde dem Rechnungshof der Freien Hansestadt Bremen der Verordnungsentwurf mit der Möglichkeit zur Stellungnahme nach § 102 Abs.1 Nr.1 der Landeshaushaltsordnung zugeleitet. Der Rechnungshof hat zum Entwurf nicht Stellung genommen.

Die Senatorin für Justiz und Verfassung wird gebeten, den Gesetzentwurf nach der ersten Senatsbefassung rechtsförmlich zu prüfen.

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

Geeignet nach Beschlussfassung.

## **G. Beschluss**

1. Der Senat beschließt entsprechend der Vorlage des Senators für Finanzen vom 5. Juli 2022 den Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung und bittet den Senator für Finanzen, diesen Entwurf
  - a) gemäß § 93 Bremisches Beamtengesetz den Spitzenorganisationen der zuständigen Gewerkschaften und Berufsverbänden im Land Bremen, gemäß § 39a Bremisches Richtergesetz den Spitzenorganisationen der zuständigen Vereinigungen der Richterinnen und Richter im Land Bremen sowie
  - b) gemäß Beschluss Nr. 3 zu TOP 3 der Konferenz Norddeutschland vom 11. April 2007 den anderen norddeutschen Ländern zuzuleiten.
2. Der Senat beschließt die Absicherung von Mehrausgaben aus Mitteln der globalen Vorsorge für Tarif- und Besoldungssteigerungen im Produktplan 92 und bittet den Senator für Finanzen um haushaltsmäßige Umsetzung.
3. Leistungszuschläge nach § 4j Absatz 2 der Bremischen Beihilfeverordnung in der Entwurfsfassung werden an alle Berechtigten mit Wirkung vom 1. Januar 2022 gezahlt. Die Zahlung ist unter den Vorbehalt der zweiten abschließenden Beschlussfassung des Verordnungsentwurfs durch den Senat und der Verkündung im Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen zu stellen. Die Anspruchsberechtigten sind auf den Vorbehalt im Rahmen der Leistungsgewährung schriftlich hinzuweisen. Dem Magistrat Bremerhaven wird empfohlen, entsprechend zu verfahren.

## Entwurf

**Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung**

Vom

Aufgrund des § 80 Absatz 9 des Bremischen Beamtengesetzes vom 22. Dezember 2009 (Brem.GBl. 2010 S. 17 - 2040-a-1), das zuletzt durch Gesetz vom 13. Juli 2021 (Brem.GBl. S. 604) geändert worden ist, verordnet der Senat:

**Artikel 1**

Die Bremische Beihilfeverordnung vom 10. März 2020 (Brem.GBl. S. 60 - 2042-e-1) wird wie folgt geändert:

1. § 4j wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Beihilfefähig sind Leistungszuschläge zur Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen entsprechend § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und in Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „und Absatz 2“ eingefügt.

c) Die bisherigen Absätze 3 bis 5 werden die Absätze 4 bis 6.

d) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7 und die Angabe „2“ wird durch die Angabe „3“ ersetzt.

2. Die Anlage 3a erhält die im Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

**Artikel 2  
Inkrafttreten**

(1) Artikel 1 Nummer 1 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2022 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 2 tritt am 1. Oktober 2022 in Kraft.

Bremen, den

Der Senat

## Entwurf

# Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung

## Begründung

### **Zu Artikel 1:**

#### Zu Nummer 1:

Mit Inkrafttreten des § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zum 1. Januar 2022 wurde ein Leistungszuschlag in der Pflegeversicherung eingeführt, wonach Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die vollstationär gepflegt werden, einen Leistungszuschlag zu den pflegebedingten Aufwendungen erhalten. Damit soll der Eigenanteil zu diesen Kosten begrenzt werden.

Pflegebedürftige, die beihilfeberechtigt sind, erhalten den Leistungszuschlag von der Pflegekasse nur anteilig, da die Beihilfe die Leistungen der Pflegeversicherung ergänzt (§ 28 Abs. 2 SGB XI).

Die Änderung zeichnet den Anspruch, der nach § 43c SGB XI besteht, beihilferechtlich nach.

#### Zu Nummer 2:

Die Höchstgrenzen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel werden regelmäßig überprüft. Zuletzt erfolgte dies durch eine Unterarbeitsgruppe der Bund-Länder-Kommission für Fragen der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge im November 2021. Die Empfehlung der Unterarbeitsgruppe zur Anhebung der Höchstgrenzen für Heilmittel ist durch den jeweiligen Verordnungsgeber noch umzusetzen.

Die neuen, ab dem 1. Oktober 2022 geltenden Beträge ergeben sich aus der Anlage 3a zur Bremischen Beihilfeverordnung.

### **Zu Artikel 2 (Inkrafttreten):**

Die Vorschrift über die Gewährung von Leistungszuschlägen in der vollstationären Pflege (§ 43c SGB XI) ist bereits zum 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Folglich muss hier die beihilferechtliche Vorschrift rückwirkend zum 1. Januar 2022 in Kraft treten.

Die Anlage 3a sieht Erhöhungen im Bereich der Heilmittelerstattung vor. Aus Gründen des Verwaltungsvollzugs kommt hier nur eine Umsetzung für zukünftige Zeiträume in Betracht.

**Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel**

## Abschnitt 1

## Leistungsverzeichnis

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro (neu)
		bis 30.09.2022	ab 01.10.2022
<b>Bereich Inhalation</b>			
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Einzelinhalation b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer 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.	8,80 4,80 7,50	<b>10,10</b> 4,80 7,50
2	Radon-Inhalation a) im Stollen b) mittels Hauben	14,90 18,20	14,90 18,20
<b>Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>			
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50	16,50
3.1	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	-	<b>55,00</b>
4	Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	25,70	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	33,80	<b>38,30</b>
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert 45 Minuten	45,30	<b>47,80</b>
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,20	<b>10,80</b>

**Anhang (zu Artikel 1 Nummer 2)**

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro (neu)
		bis 30.09.2022	ab 01.10.2022
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30	14,30
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert 60 Minuten	71,40	<b>72,30</b>
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	19,50	<b>19,70</b>
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert 30 Minuten	29,70	29,70
12	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert 20 Minuten	19,00	19,00
13	Bewegungsübungen		
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	10,20	<b>11,20</b>
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 20 Minuten	6,60	<b>6,90</b>
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	19,50	<b>19,60</b>
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) Richtwert 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10	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	46,20	46,20
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	8,80	8,80

**Anhang (zu Artikel 1 Nummer 2)**

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro (neu)
		bis 30.09.2022	ab 01.10.2022
<b>Bereich Massagen</b>			
18	<p>Massage einzelner oder mehrerer Körperteile</p> <p>a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert 20 Minuten</p> <p>b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert 30 Minuten</p>	<p>18,20</p> <p>18,20</p>	<p>18,20</p> <p><b>21,20</b></p>
19	<p>Manuelle Lymphdrainage (MLD)</p> <p>a) Teilbehandlung, Richtwert 30 Minuten</p> <p>b) Großbehandlung, Richtwert 45 Minuten</p> <p>c) Ganzbehandlung, Richtwert 60 Minuten</p> <p>d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig</p>	<p>25,70</p> <p>38,50</p> <p>58,30</p> <p>12,40</p>	<p><b>29,30</b></p> <p><b>43,90</b></p> <p><b>58,50</b></p> <p><b>18,70</b></p>
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 20 Minuten	30,50	30,50
<b>Bereich Palliativversorgung</b>			
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00	66,00
<b>Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>			
22	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60	13,60
23	<p>Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe</p> <p>a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)</p> <p>b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid</p> <p>aa) Teilpackung</p> <p>bb) Großpackung</p>	<p>15,60</p> <p>36,20</p> <p>47,80</p>	<p>15,60</p> <p>36,20</p> <p>47,80</p>
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70	19,70

**Anhang (zu Artikel 1 Nummer 2)**

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro (neu)
		bis 30.09.2022	ab 01.10.2022
25	Kaltpackung (Teilpackung)		
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20	10,20
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30	20,30
26	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10	6,10
28	Trockenpackung	4,10	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40	5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) Teilbad	12,10	12,10
	b) Vollbad	17,60	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10	25,10
33	Naturmoorbade einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) Teilbad	43,30	43,30
	b) Vollbad	52,70	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe		
	a) Teilbad	37,90	37,90
	b) Vollbad	43,30	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30	43,30
36	Medizinische Bäder mit Zusatz		
	a) Hand- oder Fußbad	8,80	8,80
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10	4,10
37	Gashaltige Bäder		

**Anhang (zu Artikel 1 Nummer 2)**

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro (neu)
		bis 30.09.2022	ab 01.10.2022
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70	25,70
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70	27,70
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei <b>Hand- oder Fußbad</b> , Teil- oder Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b 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 intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert 20 Minuten	7,50	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie	11,90	<b>12,00</b>
<b>Bereich Elektrotherapie</b>			
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60	15,60
44	Iontophorese	8,20	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00	29,00
<b>Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</b>			
47	Stimm-, sprech-, sprach- und <b>schluck</b> therapeutische <b>Erstdiagnostik</b> zur Erstellung eines Behandlungsplans, <b>Richtwert 60</b>	108,00	108,00

**Anhang (zu Artikel 1 Nummer 2)**

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro (neu)
		bis 30.09.2022	ab 01.10.2022
	<b>Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig</b>		
47.1	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig	-	<b>51,70</b>
47.2	Bericht an die verordnende Person	-	<b>5,80</b>
47.3	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	-	<b>103,40</b>
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, für die Verlaufsdokumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	41,80 59,00 68,90 103,40	<b>46,00</b> <b>63,20</b> <b>80,50</b> 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 c) Gruppe (2 Personen), Richtwert 90 Minuten d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert 90 Minuten  Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, für die Verlaufsdokumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	50,40 34,60 67,60 56,10	<b>56,90</b> 34,60 <b>103,40</b> 56,10
<b>Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)</b>			
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80	41,80
51	Einzelbehandlung		

**Anhang (zu Artikel 1 Nummer 2)**

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro (neu)
		bis 30.09.2022	ab 01.10.2022
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten	41,80	41,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten	54,80	54,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 60 Minuten	72,30	72,30
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert 120 Minuten	128,20	128,20
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall		
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit		
	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70	40,70
	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40	54,40
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70	67,70
52	Gruppenbehandlung		
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00	16,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60	20,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90	37,90
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	70,20	70,20
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung Richtwert 30 Minuten	46,20	46,20
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60	20,60
<b>Bereich Podologie<sup>1</sup></b>			
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70	-
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90	-
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10	-

<sup>1</sup> Nr. 55 bis 58 gehen in der neuen Nr. 58.1 und Nr. 59 bis 60 in der neuen Nr. 60.1 auf. Bei den neuen Nummern kommt es entsprechend der maßgeblichen Verträge im Bereich der GKV nur auf den Zeitan-satz (Richtwert) an, nicht indes darauf, ob ein Fuß oder beide Füße behandelt werden. Eine Vergleichs-berechnung bedarf es nicht, da die neuen Ansätze günstiger sind.

**Anhang (zu Artikel 1 Nummer 2)**

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro (neu)
		bis 30.09.2022	ab 01.10.2022
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90	-
58.1	Podologische Behandlung (klein), Richtwert 35 Minuten	-	<b>30,70</b>
59	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	41,60	-
60	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	26,70	-
60.1	Podologische Behandlung (groß), Richtwert 50 Minuten	-	<b>44,00</b>
60.2	Podologische Befundung, je Behandlung	-	<b>3,00</b>
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60	194,60
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40	37,40
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell, einschließlich Applikation	64,80	64,80
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80	74,80
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40	37,40
<b>Bereich Ernährungstherapie</b>			
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert 60 Minuten, <b>einmal je Behandlungsfall</b>	66,00	<b>67,90</b>
66.1	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung - jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – beihilfefähig	-	<b>55,50</b>
66.2	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung - jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig	-	<b>55,50</b>
67	Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten, begrenzt auf maximal <b>16</b> Behandlungen pro Jahr	33,00	<b>34,00</b>
68	Gruppenbehandlung, Richtwert 30 Minuten, begrenzt auf maximal <b>16</b> Behandlungen pro Jahr	11,00	<b>23,80</b>
<b>Bereich Sonstiges</b>			

**Anhang (zu Artikel 1 Nummer 2)**

<b>Nr.</b>	<b>Leistung</b>	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 30.09.2022	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro (neu)  <b>ab 01.10.2022</b>
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10	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.