

# Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen

2019	Verkündet am 18. Juni 2019	Nr. 80
------	----------------------------	--------

## Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung

Vom 21. Mai 2019

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 Bundespflegesatzverordnung)“ durch die Angabe „(§ 16 der Bundespflegesatzverordnung, §§ 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 geschwärtzter 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 Krabblер für Spastikerinnen und Spastiker
- 11.20 Krampfadерbinde
- 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 (Lesestände, 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 (Erstausrüstung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.2 Hausschuhe (Erstausrüstung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.3 Sportschuhe (Erstausrüstung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.4 Badeschuhe (Erstausrüstung 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 Peroneausschiene, 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, Permax-Sauerstofferzeuger
- 10.1 (frei)
- 11.1 Katzenfell
- 11.2 Klingelleuchten, die nicht von Nummer 12.4 der Nummer 1 erfasst sind
- 11.3 Knickfußstrumpf
- 11.4 Knoche Natur-Bruch-Slip
- 11.5 Kolorimeter
- 11.6 Kommunikationssystem
- 11.7 Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
- 11.8 Krankenunterlagen, es sei denn,
  - a) sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitiden),
  - b) neben der Blasen- oder Darminkontinenz liegen so schwere Funktionsstörungen vor (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust), dass sonst der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitiden droht,
  - c) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht
- 11.9 Kreislaufgerät
- 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 Kehlkopflose
- 19.10 Stockroller
- 19.11 Stockständer
- 19.12 Stufenbett
- 19.13 SUNTRONIC-System (AS 43)
- 20.1 Taktellgerät
- 20.2 Tamponapplikator
- 20.3 Tandem für Behinderte
- 20.4 Telefonverstärker
- 20.5 Telefonhalter
- 20.6 Therapeutische Wärme-/Kältesegmente
- 20.7 Treppenlift, Monolift, Plattformlift
- 21.1 Übungsmatte
- 21.2 Ultraschalltherapiegeräte
- 21.3 Urin-Prüfgerät
- 22.1 Venenkissen
- 23.1 Waage
- 23.2 Wandstandgerät
- 23.3 WC-Sitz
- 24.1 (frei)
- 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 21. Mai 2019

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 Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, so wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet.

- 3.1.6 In den Fällen der Nummer 3.1.3 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.
- 3.1.7 In Ausnahmefällen kann die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung auch für eine über die in Nummer 3.1.1 bis 3.1.4 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkennen, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.
- 3.1.8 Aufwendungen für Sitzungen, in die auf Grund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die bewilligte Zahl der Sitzungen angerechnet.
- 3.1.9 Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Aufwendungen für Leistungen einer solchen Kombination sind nur beihilfefähig, wenn sie auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Erstantrags erbracht werden.
- 3.1.10 Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

#### **4. Verhaltenstherapie**

- 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 01.01.2019
	<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 01.01.2019
	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 01.01.2019
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 01.01.2019
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-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten  b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	  16,60  16,60	  18,20  18,20
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)  a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten 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 01.01.2019
	<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, Peloidkompressen	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 01.01.2019
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 Hauffe) 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 01.01.2019
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	3,70	4,10
37	<p>Gashaltiges Bad</p> <p>a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlen- säurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe</p> <p>b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließ- lich der erforderlichen Nachruhe</p> <p>c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregas- bad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe</p> <p>d) Radon-Bad einschließlich der erforder- lichen Nachruhe</p> <p>e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat</p>	<p>23,40</p> <p>27,00</p> <p>25,20</p> <p>22,20</p> <p>3,70</p>	<p>25,70</p> <p>29,70</p> <p>27,70</p> <p>24,40</p> <p>4,10</p>
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 01.01.2019
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	<p>Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen</p> <p>a) Richtwert: 30 Minuten</p> <p>b) Richtwert: 45 Minuten</p> <p>c) Richtwert: 60 Minuten</p> <p>d) Richtwert: 90 Minuten</p> <p>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.</p>	<p>38,00</p> <p>53,60</p> <p>62,60</p> <p>94,00</p>	<p>41,80</p> <p>59,00</p> <p>68,90</p> <p>103,40</p>
49	<p>Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</p> <p>a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten</p> <p>b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten</p>	<p>45,80</p> <p>31,40</p>	<p>50,40</p> <p>34,60</p>

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  bis 31.12.2018	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro  ab 01.01.2019
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten  d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten  Aufwendungen für die Vor- und Nach- bereitung, die Verlaufsdocumentation, 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 01.01.2019
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-Orthonxyiespange 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 01.01.2019
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 entstauer 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,
  - b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
4. Bereich Podologie
  - a) Podologin oder Podologe,
  - b) medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,
5. Bereich Ernährungstherapie
  - a) Diätassistentin oder Diätassistent,
  - b) Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
  - c) Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

### **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 Atlastherapie nach Arlen
- 1.3 autohomologe Immuntherapien
- 1.4 autologe-Target-Cytokine-Therapie nach Klehr
- 1.5 ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi
- 2.1 Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Nuhr
- 2.2 Biophotonen-Therapie
- 2.3 Bioresonatorentests
- 2.4 Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- 2.5 Bogomoletz-Serum

- 2.6 brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Barraquer
- 2.7 Bruchheilung ohne Operation
- 3.1 Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- 3.2 computergestützte mechanische Distaktionsverfahren, zur nichtoperativen segmentalen Distraction 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 therapierefraktäre Achillodynie. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
4. Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxidvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie, diabetisches Fußsyndrom ab Wagner Stadium II oder von Tinnitusleiden, die mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbunden sind.
5. Hyperthermiebehandlung  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.
6. Klimakammerbehandlung  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder den sie bestimmt, vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat.
7. Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel Aludrin, durchgeführt werden.
8. Magnetfeldtherapie  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen

Pseudarthrosen, bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn die Magnetfeldtherapie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie bei psychiatrischen Erkrankungen.

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