Bremen, 10. Juli 2013

Herr Schmiedel

Tel.: 2352

Vorlage für die Sitzung des Senats am 30. Juli 2013

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

A. Problem

Im Rahmen der Verabschiedung des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vom 20. Dezember 2012 wurde die in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01. Januar 2004 eingeführte Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V in Höhe von 10 Euro je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme einer ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Leistung (sog. „Praxisgebühr“) zum 01. Januar 2013 wieder abgeschafft. Die gute Finanzlage der GKV, der bürokratische Aufwand und das die Praxisgebühr ihr Ziel, die Arztbesuche zu reduzieren, verfehlt hat, führten zu dieser Entscheidung.

Die „Praxisgebühr“ wurde seinerzeit durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführt. Mit dem GMG sollte das deutsche Gesundheitssystem auf veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen eingestellt, die Krankenversicherungsbeiträge gesenkt, die Ausgaben verringert und der Wettbewerb um mehr Qualität und Effizienz gefördert werden. Die Gesundheitsreform umfasste damit strukturelle Reformen und eine Neuordnung der Finanzierung. Strukturelle Maßnahmen dienten der Verbesserung der Versorgung, der Erhöhung der Leistungstransparenz, der Schaffung von Leistungsanreizen, der Stärkung der Eigenverantwortung und der Beteiligungsrechte der Versicherten und dem Abbau von Bürokratie. Die Neuordnung der Finanzierung hatte zum Ziel, deutliche Beitragssenkungen durch neu gestaffelte Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen für Versicherte, volle Beitragssätze auf Versorgungsbezüge sowie durch Wegfall bzw. Ausgliederung von Leistungen und Gegenfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen zu ermöglichen. Die „Praxisgebühr“ war damit nur eine von zahlreichen Maßnahmen.

Der Deutsche Bundestag hatte im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GMG die Bundesregierung aufgefordert, die durch das GMG verursachten Be- und Entlastungen wirkungsgleich in die Beihilfe Regelungen für Beamte zu übernehmen. Innerhalb der Rahmensetzung und Bildung der Eckwerte für die Haushalte 2004 / 2005 hat der Senat am 28. Oktober 2003 einen entsprechenden Beschluss zur Übertragung der GMG-Auswirkungen sowie der Prüfung weiterer Maßnahmen zur Kostensenkung gefasst.

Mit Wirkung der zum 01. Juni 2005 geltenden Bremischen Beihilfeverordnung (BremBVO) wurde dieser Beschluss umgesetzt. Aufgrund der unterschiedlichen Erstattungssysteme ist der pauschalierende Eigenbehalt nach § 12 a BremBVO ist nicht mit der Praxisgebühr gleichzusetzen. Ein unmittelbarer Kausalzusammenhang nicht besteht.

Mit Blick auf die Veränderung in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01. Januar 2013 hat der Senat im Rahmen der Festlegung des Finanzrahmens 2012 / 2017 und der Eckwertvorschläge der Haushalte 2014 / 2015 am 09. April 2013 beschlossen, den Eigenbehalt nach § 12a BremBVO von 150 Euro auf 100 Euro zu senken. In Ergänzung dieses Beschlusses hat der Senat am 18. Juni 2013 beschlossen, die Absenkung zum 01. Januar 2014 vorzunehmen. Der vorgelegte Änderungsentwurf sieht diese Absenkung sowie eine Anpassung der weiteren gestaffelten Beträge zum 01. Januar 2014 vor.

Der Änderungsentwurf beinhaltet eine Neustrukturierung der Regelungen zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit, mit der die nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB X – Soziale Pflegeversicherung) verpflichtenden Ansprüche abgebildet werden.

Des weiteren erfolgt mit dem Entwurf eine Neugliederung der Regelungen zu Rehabilitationsmaßnahmen in Anlehnung an das SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung.

Daneben enthält der Entwurf rechtliche Klarstellungen und redaktionelle Änderungen.

B. Lösung

Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung entsprechend dem beigefügten Entwurf.

C. Alternativen

Es werden keine Alternativen vorgeschlagen.

D. Finanzielle und Personalwirtschaftliche Auswirkungen, Gender-Prüfung

Die Absenkung des Eigenbehaltes nach § 12a BremBVO führt in den Kernverwaltungen Bremen und Bremerhaven sowie in den Sonderhaushalten zu Mehrkosten in Höhe von 365.000 Euro.

Durch die Neuregulierung der Rehabilitationsmaßnahmen werden geringfügige Minderausgaben erwartet.

Bezüglich der Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit wird mit wesentlichen Ausgabeänderungen nicht gerechnet.

Eine gleichstellungspolitische Relevanz ist nicht gegeben. Die vorgesehenen Änderungen betreffen Frauen und Männer gleichermaßen.

E. Beteiligung und Abstimmung

Der Verordnungsentwurf ist mit der Senatskanzlei und dem Magistrat der Stadt Bremerhaven abgestimmt.

F. Öffentlichkeitsarbeit und Veröffentlichung nach dem Informationsfreiheitsgesetz

Für die allgemeine Öffentlichkeitsarbeit nach Beschlussfassung geeignet. Gegen eine Veröffentlichung nach dem Informationsfreiheitsgesetz bestehen keine Bedenken.

G. Beschluss

Der Senat beschließt entsprechend der Vorlage 1030/18 den Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Bremischen Beihilfeverordnung und bittet die Senatorin für Finanzen, diesen Entwurf gemäß § 93 Absatz 3 Bremisches Beamtenengesetz den Spitzenorganisationen der zuständigen Gewerkschaften im Lande Bremen und nach § 39a Absatz 3 Bremisches Richtergesetz den Spitzenorganisationen der Vereinigungen der Richterinnen und Richter zuzuleiten.

Entwurf

Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen

(Bremische Beihilfeverordnung – BremBVO)

Vom

Aufgrund des § 80 Absatz 4 des Bremischen Beamtengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Dezember 2009 (Brem.GBl. 2010 S. 17 – 2040-a-1), das zuletzt durch das Gesetz vom 27. März 2012 (BremGBl. S. 133) 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), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Laufbahnrechtsneuregelungsverordnung vom 09.03.2010 (BremGBl. S. 249), wird wie folgt geändert:

1. In § 1a Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 angefügt:
„Nummer 2 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.“
2. Der bisherige § 4a wird durch die folgenden §§ 4a bis 4e ersetzt:

„§ 4a

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die häusliche Pflege nach Maßgabe des § 4b, die teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 4c und die vollstationäre nach Maßgabe des § 4d beihilfefähig, soweit sie jeweils notwendig sind. Bei Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach § 4e.

(2) Dauernde Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Personen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung

Entwurf

benötigt. Voraussetzung für eine Beihilfegewährung ist, dass die zu pflegende Person einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI zuzuordnen ist.

(3) Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf liegt vor, wenn bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15 SGB XI) zusätzlich ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies gilt entsprechend für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen (§ 87b SGB XI).

(4) Beihilfe wird zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 SGB XI) der oder des Pflegedürftigen gewährt. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 Absatz 4 SGB XI) sind bis zu 2 557 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung hierzu Leistungen erbringt. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung (ambulant betreute Wohngruppe – § 38a SGB XI), gilt Satz 3 entsprechend. Der Gesamtbetrag je Maßnahme zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes ist auf 10 228 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die beteiligten Pflegeversicherungen aufgeteilt. Soweit die Pflegeversicherungen einmalig einen weiteren Betrag in Höhe von bis zu 2 500 Euro nach § 45e SGB XI gewähren, ist dieser Betrag zusätzlich beihilfefähig. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Pflegeversicherungen der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

(5) Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 SGB XI sind beihilfefähig, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch ein Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die Pflegeversicherung besteht. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 und 6 SGB XI. § 37 Absatz 4 Satz 1 SGB XI bleibt unberührt.

(6) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung (§ 7a SGB XI), wenn Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden oder beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

(7) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt, soweit nichts anderes bestimmt ist. § 3 Absatz 8 und § 12 sind hierbei nicht anzuwenden.

(8) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit, der Art und dem notwendigen Umfang der Pflege, der Pflegestufe sowie dem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden; § 3 Absatz 2 Satz 5 bleibt unberührt. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nur zur Hälfte gewährt. Die Beihilfe wird ab

Entwurf

Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Anerkennung einer höheren Pflegestufe bei der Festsetzungsstelle gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

§ 4b Häusliche Pflege

(1) Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB XI) sind je nach Pflegestufe des § 15 SGB XI monatlich

1. in Pflegestufe I bis zur Höhe von 20 vom Hundert,
2. in Pflegestufe II bis zur Höhe von 40 vom Hundert,
3. in Pflegestufe III bis zur Höhe von 60 vom Hundert

der durchschnittlichen Kosten einer Pflegekraft der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b des bis zum 30. September 2005 geltenden BAT beihilfefähig. Bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand können in der Pflegestufe III die Aufwendungen bis zur Höhe von 80 vom Hundert der Kosten dieser Pflegekraft als beihilfefähig anerkannt werden.

(2) Bei einer häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI monatlich folgende Pauschalen beihilfefähig:

1. in Pflegestufe I	235 Euro,
2. in Pflegestufe II	440 Euro,
3. in Pflegestufe III	700 Euro.

Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Pauschale nach Satz 1 um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschale bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.

(3) Ist die Pflegeperson nach Absatz 2 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, so sind die Aufwendungen für die Ersatzpflege im Kalenderjahr bis zu 1 550 Euro beihilfefähig (§ 39 Satz 3 SGB XI). Während der Ersatzpflege ist der nach Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zusätzlich für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr zu 50 vom Hundert beihilfefähig. Absatz 2 Sätze 2 und 3 bleiben unberührt.

(4) Nimmt die pflegebedürftige Person häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, ist daneben eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 beihilfefähig, sofern die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) erbringt. Die Pflegepauschale nach Absatz 2 wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 1 geltend macht. Eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 ist während einer Kurzzeitpflege (§ 4c Absätze 6 und 7) und einer Verhinderungspflege (Absatz

Entwurf

3) zusätzlich jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gezahlten Pauschale beihilfefähig.

§ 4c

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

(1) Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind beihilfefähig, wenn häusliche Pflege (§ 4b) nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

(2) Beihilfefähig sind im Rahmen der Höchstbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Je nach Pflegestufe sind bis zu monatlich

1. in Pflegestufe I	450 Euro
2. in Pflegestufe II	1 100 Euro
3. in Pflegestufe III	1 550 Euro

beihilfefähig.

(3) Wird teilstationäre Pflege nur in Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach Absatz 2 in Anspruch genommen, sind die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat bis zu 150 vom Hundert der in Absatz 2 Satz 2 für die jeweilige Pflegestufe genannte Höchstbetrag beihilfefähig. Dabei mindert sich der Betrag nach Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 Satz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(4) Wird teilstationäre Pflege nur in Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach § 4b Absatz 2 in Anspruch genommen, wird die beihilfefähige Pauschale nach § 4b Absatz 2 nicht gemindert, soweit die Aufwendungen nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich die beihilfefähige Pauschale nach § 4b Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem teilstationäre Pflege nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(5) Wird neben einer teilstationären Pflege nach Absatz 2 eine Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) aus häuslicher Pflege nach § 4b Absatz 1 und 2 notwendig, ist die Beihilfe nach Absatz 2 ungekürzt zu gewähren, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in Absatz 2 Satz 2 vorgesehenen beihilfefähigen Höchstbetrages nicht übersteigt. Ansonsten findet § 4b Absatz 4 Satz 2 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den die Pflegepauschale nach § 4b Absatz 2 zu kürzen ist, von einem Gesamtbeihilfeanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen ist und die beihilfefähige Restpauschale auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

Entwurf

(6) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch eine teilstationäre Pflege nicht aus, sind die Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung behinderter (Kurzzeitpflege - § 42 SGB XI -). Dies gilt

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder § 5 oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.

(7) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind bis zu 1 550 Euro behinderter. Während der Kurzzeitpflege ist der bisher nach § 4b Absatz 2 behinderter Pauschalbetrag zu 50 vom Hundert behinderter. § 4b Absatz 2 Sätze 2 und 3 bleiben unberührt.

(8) Bei pflegebedürftigen Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres sind die Aufwendungen für Kurzzeitpflege nach Absatz 6 und 7 auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen behinderter, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen für Kurzzeitpflege zugelassenen Einrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 4d Absatz 5 gilt insoweit nicht.

4d

Vollstationäre Pflege

(1) Bei der stationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 84 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 43 Absatz 2 und 3 SGB XI) entstehenden pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege monatlich bis zu

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	1 023 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	1 279 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	1 550 Euro
4. für Pflegebedürftige, die nach § 43 Absatz 3 SGB XI als Härtefall anerkannt sind	1 918 Euro

behinderter.

(2) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten (§ 82 Absatz 3 SGB XI) sind nicht behinderter, es sei denn, dass sie die folgenden monatlichen Eigenanteile übersteigen:

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

Entwurf

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

Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag), das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten. Angehörige im Sinne des Satzes 1 sind Personen, die nach § 2 zu berücksichtigen sind.

Bei der Berechnung der beihilfefähigen Aufwendungen ist der niedrigste Satz einer für die Unterbringung in Betracht kommenden Einrichtung zu Grunde zu legen.

(3) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen nach Absatz 1 und 2 beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. Die Angemessenheit der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach § 87a Absatz 1 Satz 7 SGB XI.

(4) Leistungen entsprechend § 87a Absatz 4 SGB XI sind beihilfefähig, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wird.

(5) Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Behindertenhilfe entstehen, in der die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund steht (§§ 43a und 71 Absatz 4 SGB XI), sind bis zur Höhe von monatlich 256 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig. Pflegebedürftige nach Satz 1 haben für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld (§ 38 Satz 5 SGB XI).

§ 4

Zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher und stationärer Pflege

(1) Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege der Pflegestufen I, II oder III sowie Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, und bei denen die Pflegeversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben, erhalten Beihilfe zu den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7.

(2) Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach Absatz 1 sind bis zu 100 Euro (Grundbetrag) oder 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich beihilfefähig. Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Berechnung der Beihilfe maßgebend. Aufwendungen für Beratungsbesuche nach

Entwurf

§ 4a Absatz 5 sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig.

(3) Der monatliche Höchstbetrag nach Absatz 2 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende Jahreshöchstbetrag vom Pflegebedürftigen nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

(4) Die von stationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf mit der jeweiligen Pflegeversicherung vereinbarten und berechneten Vergütungszuschläge nach § 87b SGB XI sind neben den Aufwendungen nach § 4c Absatz 2 und § 4d Absatz 1 beihilfefähig.

(5) Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegestufen I, II oder III in ambulant betreuten Wohngruppen sind pauschal 200 Euro monatlich zusätzlich beihilfefähig, wenn die Personen Anspruch auf Beihilfe nach § 4b haben und die Pflegeversicherung hierzu Leistungen nach § 38a SGB XI erbringt.

(6) Bei Personen ohne Pflegestufe nach Absatz 1 gilt § 4b entsprechend mit der Maßgabe, dass nach § 4b Absatz 1 bis zu 225 Euro und nach § 4b Absatz 2 bis zu 120 Euro monatlich beihilfefähig sind. § 4a Absatz 4 Sätze 1 bis 3 geltend entsprechend.

(7) Bei pflegebedürftigen Personen nach Absatz 1 beträgt der beihilfefähige Betrag für eine häusliche Pflege

1. durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Absatz 1 Sätze 3 und 4 SGB XI) in der Pflegestufe I bis zu 665 Euro und in der Pflegestufe II bis zu 1 250 Euro,
2. durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) in der Pflegestufe I bis zu 305 Euro und in der Pflegestufe II bis zu 525 Euro.“

3. Der bisherige § 4b wird § 4f, der neue § 4f wird wie folgt geändert:

Satz 2 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„§§ 4a bis 4e bleiben unberührt“.

4. § 5 erhält folgende Fassung:

„§ 5

Aufwendungen bei Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in

Entwurf

1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,
2. in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.

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

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

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

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

1. für gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummern 1, 6 und 8,
2. nach § 4 Absatz 1 Nummer 5,
3. für Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Tagessatz zuzüglich Kurtaxe,
4. für den ärztlichen Schlussbericht,
5. für die An- und Abreise
 - a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und

Entwurf

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

Satz 1 Nummern 3 und 5 gilt auch für Begleitpersonen, wenn die Notwendigkeit der Begleitung durch amtlichen Ausweis oder medizinisches Gutachten festgestellt ist und die Einrichtung bestätigt, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist.

Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach den Absätzen 2 und 3, die Leistungen nach Satz 1 Nummern 1, 3 und 4 betreffen, sind nur insoweit beihilfefähig, als sie einer Preisvereinbarung dieser Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger entsprechen; die Beihilfefähigkeit darüber hinausgehender Aufwendungen ist ausgeschlossen.“

5. Nach § 5 wird folgender neuer § 5a eingefügt:

„§ 5a

Aufwendungen bei Suchtbehandlungen

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

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

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

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

(5) Im Zusammenhang mit einer stationären Suchtbehandlung sind Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern getragenen Kosten beihilfefähig, wenn eine Begleitung aus medizinischen Gründen notwendig ist.“

Entwurf

6. § 6 erhält folgende Fassung:

„§ 6 Aufwendungen bei Kuren

(1) Die Aufwendungen für

1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,
2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen,
3. ambulante Heilkuren

sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.

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

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

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

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

1. gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummern 1, 6 und 8,
2. eine Familien- und Haushaltshilfe nach § 4 Absatz 1 Nummer 5,
3. Fahrtkosten nach § 5 Absatz 5 Nummer 5
4. Kurtaxe,
5. den ärztlichen Schlussbericht,
6. eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für Schwerbehinderte,

Entwurf

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

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

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

1. nach einem Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes eine Maßnahme nach Absatz 2, 3 oder 4 notwendig ist und nicht mit gleicher Erfolgsaussicht durch andere Heilmaßnahmen, insbesondere durch eine andere Behandlung am Wohn- oder Aufenthaltsort oder in der nächsten Umgebung, ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat und
3. die Kur innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen wird.

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

1. wenn erstmalig eine Wartezeit von insgesamt sechs Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Vorschriften nicht erfüllt ist. Die Wartezeit umfasst auch Zeiten eines Erziehungsurlaubs sowie Zeiten einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge, wenn anerkannt worden ist, dass die Beurlaubung dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
2. wenn im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsbehandlung in einer Einrichtung nach § 5 Absatz 3 oder eine als beihilfefähig anerkannte Kur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten aus zwingenden medizinischen Gründen eine Kur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.
3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
4. wenn das Dienstverhältnis vor Ablauf von 18 Monaten nach Durchführung der Kur enden wird,
5. solange die oder der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

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

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

Entwurf

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

der Zeit der Beihilfeberechtigung im öffentlichen Dienst gleich.

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

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

7. In § 7 Satz 1 wird die Angabe „214 bis 217, 220 bis 224“ durch die Angabe „2150 bis 2170, 2200 bis 2240“ ersetzt.

8. § 8 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig, wenn sie aufgrund der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut notwendig sind; dies gilt nicht für Impfungen, die aus Anlass einer privaten Reise außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder aus beruflichen Gründen erforderlich geworden sind.“

9. § 12 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a.) Satz 4 wird gestrichen.

b.) Die bisherigen Sätze 5 bis 9 werden die Sätze 4 bis 8.

10. In § 12a Absatz 1 Satz 1 wird die Zahl „150“ durch die Zahl „100“, die Zahl „120“ durch die Zahl „80“ und die Zahl „100“ durch die Zahl „70“ ersetzt.

11. Anlage 2 zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 und § 7 wird wie folgt geändert:

a.) In Nummer 1 wird die Angabe „213 bis 232“ durch die Angabe „2150 bis 2180, 2200 bis 2250 und 2310 bis 2320“ ersetzt.

Entwurf

b.) In Nummer 3 Satz 2 wird die Ziffer „800“ durch die Ziffer „8000“ ersetzt.

Artikel 2 Neufassung

Die Senatorin für Finanzen macht den Wortlaut der Bremischen Beihilfeverordnung in der vom Inkrafttreten dieser Verordnung an geltenden Fassung im Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen bekannt.

Artikel 3 Inkrafttreten

- (1) Artikel 1 tritt vorbehaltlich des Absatzes 3 am Tag der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nummer 1 ist auf die nach Inkrafttreten dieser Verordnung eintretenden Neufälle anzuwenden.
- (3) Artikel 1 Nummer 10 tritt am 01. Januar 2014 in Kraft.

Beschlossen, Bremen

Der Senat

Begründung:

A Allgemeines

Durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vom 20. Dezember 2012 wurde die in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01. Januar 2004 eingeführte Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V in Höhe von 10 Euro je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme einer ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Leistung (sog. „Praxisgebühr“) zum 01. Januar 2013 wieder aufgehoben.

Aus Anlass dieser Änderung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird der zum 01. Juni 2005 eingeführte beihilferechtliche Eigenbehalt nach § 12a Bremische Beihilfeverordnung (BremBVO) mit Wirkung vom 01. Januar 2014 von 150 Euro auf 100 Euro gesenkt und die weiteren gestaffelten Beträge entsprechend angepasst.

Die Änderung enthält eine Neustrukturierung der Regelungen zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit, mit der die nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI – Soziale Pflegeversicherung) verpflichtenden Ansprüche abgebildet werden.

Es wird eine Neugliederung und Aktualisierung der Regelungen zu Rehabilitationsmaßnahmen in Anlehnung an das SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung vorgenommen.

Es erfolgen rechtliche Klarstellungen und redaktionelle Änderungen.

B Zu den Einzelregelungen

Artikel 1

Zu Nummer 1 (§ 1a Absatz 4 BremBVO)

Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeansprüche einer Person sind grundsätzlich die Ansprüche aus dem Dienstverhältnis vorrangig. Mit der Änderung gilt diese Regel auch für die Versorgung, indem ein Beihilfeanspruch aus einem Ruhegehalt dem Anspruch als Witwe/Witwer vorgeht. Diese Regelung verhindert, dass sich -wenn beide Ansprüche bei verschiedenen Dienstherren bestehen- nicht nur die für den Beihilfeberechtigten zuständige Festsetzungsstelle ändert, sondern auch das maßgebliche Beihilferecht. Somit ist auch eine Anpassung des eigenen privaten Krankenversicherungsschutzes nicht notwendig.

Zu Nummer 2 (§ 4a BremBVO)

Die Versicherungspflicht gegen das Risiko der dauernden Pflegebedürftigkeit umfasst alle in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung versicherten Personen und damit auch den beihilfeberechtigten Personenkreis.

Die beihilferechtlichen Regelungen verfolgen das gleiche Ziel wie die Pflegepflichtversicherung. Die Neustrukturierung der Regelungen zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit bildet die nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI – Soziale Pflegeversicherung) bestehenden Ansprüche ab. In diesem Zusammenhang erfolgen in den einzelnen Paragraphen Verweisungen auf das Elfte Buch Sozialgesetzbuch.

Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit erfolgt eine systematische Aufteilung in

- grundsätzliche Regelungen § 4a
- Pflege zu Hause § 4b
- Pflege teilstationär und Kurzzeit § 4c
- Pflege vollstationär § 4d
- zusätzliche Betreuungsleistungen § 4e.

Zu Nummer 3 § 4b BremBVO)

Folgeänderung aufgrund Nummer 2.

Zu Nummer 4 (§ 5 BremBVO)

In Ergänzung zur medizinischen Akutbehandlung sind Maßnahmen der der medizinischen Rehabilitation notwendig und damit beihilfefähig. Die Berücksichtigungsfähigkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen wird nach bestehendem Recht unter der „veralteten“ Bezeichnung Sanatoriumsbehandlung geregelt.

Es werden daher die Begriffe für die Rehabilitationseinrichtungen neu gefasst (Absätze 1 bis 3).

Es gilt weiterhin der Grundsatz, dass geeignete ambulante Maßnahmen Vorrang vor stationären Behandlungen haben. Die Beihilfefähigkeit stationärer Maßnahmen ist grundsätzlich von der vorherigen Anerkennung durch die Beihilfefestsetzungsstelle abhängig (Absatz 4).

In Absatz 5 wird die Beihilfefähigkeit der einzelnen Aufwendungen festgelegt. Die Fahrtkosten werden bei einer An- und Abreise mit dem privaten PKW 0,20 Euro je Kilometer begrenzt und ein Höchstbetrag festgelegt. Es wird klargestellt, dass bei Berechnung von Pauschalpreisen bzw. Tagessätzen die Aufwendungen nur bis zur Höhe der für die Sozialversicherungsträger geltenden Beträge berücksichtigungsfähig sind.

Zu Nummer 5 (§ 5a neu BremBVO)

Art und Inhalt notwendiger Suchtbehandlungen sind im Wesentlichen abhängig von der Art der Sucht und den individuellen Gegebenheiten der oder des Betroffenen. Die Regelungen zur Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen tragen der möglichen Behandlungsansätze Rechnung. Die Suchtbehandlung kann entweder als medizinische Rehabilitation oder als Entwöhnung durchgeführt werden.

Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle bei Suchtbehandlungen dient auch dem Schutz der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, vor Entstehung der Aufwendungen auf etwaige Bedenken gegen deren Notwendigkeit und Angemessenheit der in Aussicht genommenen Maßnahme im Sinne des § 3 Absatz 2 (Entscheidung über die Notwendigkeit und Angemessenheit der Kosten) hinzuweisen. Das Recht der Festsetzungsstelle amtsärztliche Gutachten einzuholen, bleibt unberührt. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist auf die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragenden Kosten begrenzt (Absatz 1).

Da Suchtbehandlungen in besonderem Maße von der individuellen Behandlungsbedürftigkeit abhängen, muss die ärztliche Verordnung Angaben zu Art, Dauer und Inhalt enthalten. Um eine unvoreingenommene Beurteilung der Notwendigkeit der Maßnahme sicherzustellen, darf die Verordnung nicht von der die Behandlung durchführenden Einrichtung stammen (Absatz 2).

Durch Absatz 2 wird die Beihilfefähigkeit der Kosten für ärztlich verordnete Fahrten der An- und Abreise begrenzt. (siehe Nummer 4 – § 5 Absatz 5).

Die Regelungen werden im neuen § 5a zusammengefasst. Derartige Maßnahmen wurden bisher unter dem § 4 beihilferechtlich abgewickelt.

Zu Nummer 6 (§ 6 BremBVO)

Die Vorschrift führt die beihilfefähigen Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen auf, die nicht von § 5 erfasst werden. Maßnahmen im Sinne des § 6 tragen dazu bei, einen die Erwerbsfähigkeit bedrohenden Gesundheitsschaden bzw. dessen Folgen zu vermeiden, zu mildern oder zu beseitigen (Absatz 1).

Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und ambulante Heilkuren sind weiterhin nur beihilfefähig, wenn sie zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit erforderlich sind und erstreckt sich damit nur auf Personen nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 (Absatz 2 und 4). In Fällen des Absatzes 4 werden die Anforderungen an eine ausreichende Unterkunft festgelegt.

Die Bezeichnungen Mutter-Kind-Kuren und Müttergenesungskuren werden durch Mutter-Kind- oder Vater-Kind- Rehabilitationsmaßnahmen ersetzt. Die Maßnahmen erstrecken sich auch auf berücksichtigungsfähige Personen, die nicht erwerbstätig sind. Unter Kind ist zu verstehen, wer das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet werden (Absatz 3).

Absatz 5 regelt Umfang und Höhe der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen. Bei Pauschalpreisen sind die Aufwendungen auf die für die Sozialversicherungsträger geltenden Kosten begrenzt.

Die weiterhin zu erfüllenden Voraussetzungen werden im Absatz 7 zusammengefasst.

Neben der bestehenden Wartezeit für Wiederholungsmaßnahmen wird im Sinne der Notwendigkeit der Aufwendungen eine Wartezeit eingeführt, die einen Zeitraum von sechs Jahren Beihilfeberechtigung umfasst (Absatz 7 Nummer 1). Die Frist bei einer bevorstehenden Beendigung des Dienstverhältnisses wird von 12 Monate auf 18 Monate angehoben (Absatz 7 Nummer 4).

Die Vorschriften zu Absatz 8 und 9 sind unverändert.

Absatz 10 entspricht dem bestehenden § 6 Absatz 2.

Die Vorschrift entspricht in der Grundstruktur dem bestehenden § 6. Aufgrund der im Hinblick auf die Aktualisierung der Bezeichnungen und der Änderungen im Detail erfolgt eine Neufassung.

Zu Nummer 7 (§ 7 Satz 1 BremBVO)

Änderung ist aufgrund der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte erforderlich.

Zu Nummer 8 (§ 8 Absatz 3 BremBVO)

Rechtliche Klarstellung, dass nur amtlich empfohlene Impfungen beihilfefähig sind.

Zu Nummer 9 (§ 12 Absatz 1 Satz 4 BremBVO)

a) Da eine Erhöhung des Bemessungssatzes an die tatsächliche Gewährung des Familienzuschlags gekoppelt ist, ist die Regelung gegenstandslos.

b) Folgeänderung aufgrund a).

Zu Nummer 10 (12a Absatz 1 BremBVO)

Im Hinblick auf die Veränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Wegfall der „Praxisgebühr“) wird der Eigenbehalt bei einem Bemessungssatz von 50/55 v.H. von 150 Euro auf 100 Euro abgesenkt und die weiteren gestaffelten Beträge werden entsprechend angepasst.

Zu Nummer 11 (Anlage 2 zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 und § 7 BremBVO)

Änderung ist aufgrund der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte erforderlich.

Artikel 3

Regelt das Inkrafttreten.

Zu Absatz 2

Mit Blick auf die Folgen für bestehende Fälle (Dienstherrenwechsel, Anpassung des Versicherungsschutzes) ist die Änderung nur auf Neufälle anzuwenden.

Zu Absatz 3

Eine Änderung des beihilferechtlichen Eigenbehaltes nach § 12 a BremBVO erfolgt zum vollen Kalenderjahr.