# Mitteilungsblatt der Behörde für Schule und Berufsbildung

MBlSchul Nr. 3 | 5. März | 2010

**I N H A L T**

Dienstanweisung für Lehrerinnen und Lehrer ..... 6
Zweite Verordnung zur Änderung schulrechtlicher Verordnungen ..... 9
Neufassung der Hamburgischen Beihilfeverordnung ..... 10

Die Personalabteilung gibt bekannt:

## Dienstanweisung für Lehrerinnen und Lehrer

Die Behörde für Schule und Berufsbildung veröffentlicht hiermit die geänderte Fassung der Dienstanweisung für Lehrerinnen und Lehrer.

### 1. Geltungsbereich, Begriffsbestimmungen

#### 1.1 Personeller Anwendungsbereich

Die Pflichten und Rechte der Lehrerinnen und Lehrer – einschließlich der stundenweise Beschäftigten – werden, soweit sie nicht in Rechtsvorschriften, Arbeitsverträgen und besonderen Anweisungen festgelegt sind, durch die folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Dienstanweisung gilt außerdem entsprechend für Beschäftigungstherapeutinnen und Beschäftigungstherapeuten, Erzieherinnen und Erzieher, Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Lehrwerkmeisterinnen und Lehrwerkmeister, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist. Sie gilt für Lehramtsanwärterinnen und Lehramtsanwärter, soweit sie neben ihrer Ausbildung einen Unterrichtsauftrag wahrnehmen, und für den Teil ihrer Ausbildung, der an Schulen stattfindet.

#### 1.2 Begriff des Vorgesetzten

Vorgesetzte der Lehrerinnen und Lehrer in fachlicher Hinsicht sind in aufsteigender Reihenfolge:

- die Schulleiterin oder der Schulleiter sowie die in § 96 des Hamburgischen Schulgesetzes (nachstehend: HmbSG) genannten Funktionsträger im Rahmen ihrer jeweiligen sachlichen Aufgabenkompetenz. Diese wird im Zweifel durch die Schulleitung festgelegt. Die Schulleitung ist berechtigt, Lehrkräfte mit weiteren Aufgaben und der damit verbundenen Vorgesetztenfunktion zu betrauen. Die Aufteilung der Vorgesetztenfunktion und die Delegation sind schriftlich niederzulegen.
- in der Schulaufsicht die Schulaufsichtsbeamtin oder der Schulaufsichtsbeamte, die Abteilungsleiterin oder der Abteilungsleiter, die Leiterin oder der Leiter des für die Schulen zuständigen Amtes, die Staatsrätin oder der Staatsrat und die Senatorin oder der Senator der Behörde für Schule und Berufsbildung (nachstehend: BSB)

Dienstvorgesetzte sind die Senatorin oder der Senator der BSB und die Staatsrätin oder der Staatsrat; sie können ihre Befugnisse auf andere Personen, insbesondere auf die vorgenannten Vorgesetzten, übertragen.

### 2. Allgemeine Pflichten und Rechte

Die allgemeinen Pflichten der Beamtinnen und Beamten ergeben sich aus den §§ 33 bis 36 des Gesetzes zur Regelung des Statusrechts der Beamtinnen und Beamten in den Ländern (nachstehend: BeamtStG).

Soweit Lehrerinnen und Lehrer im Arbeitnehmerverhältnis an öffentlichen Schulen tätig sind, haben sie ihr Verhalten mit Rücksicht auf die öffentliche Aufgabe, die sie wahrnehmen, an den Beamtenpflichten auszurichten. Im Übrigen gilt § 3 des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L).

#### 2.1 Allgemeine Aufgaben und Verantwortung

Die Lehrerinnen und Lehrer sind für die Erfüllung der ihnen im Rahmen ihrer Dienstpflichten übertragenen Aufgaben verantwortlich.

Die Lehrerinnen und Lehrer haben dienstlichen Anordnungen und Beschlüssen der zuständigen Gremien in der Schule zu folgen. Bei rechtlichen Bedenken gegen dienstliche Anordnungen und gegen die genannten Beschlüsse finden die Bestimmungen des Hamburgischen Beamtengesetzes Anwendung (§§ 35, 36 BeamtStG). Dies bedeutet, dass eine Lehrerin oder ein Lehrer ihre bzw. seine rechtlichen Bedenken unmittelbar geltend zu machen hat. Sie bzw. er hat die Anordnungen und Beschlüsse dennoch – mit der Ausnahme von strafbaren Handlungen – auszuführen.

#### 2.2 Aufgaben der Lehrerinnen und Lehrer

Die Aufgaben der Lehrerinnen und Lehrer beruhen auf der Regelung des § 88 HmbSG.

Sie sind dafür verantwortlich, dass ihre Unterrichts- und Erziehungsarbeit den Bildungsplänen und Richtlinien entspricht. Sie stimmen sich dabei mit den anderen in den jeweiligen Klassen unterrichtenden Lehrerinnen und Lehrern sowie mit den anderen Lehrerinnen bzw. Lehrern ihres Faches in derselben Stufe ab.

Den Lehrerinnen und Lehrern obliegen darüber hinaus alle mit Unterricht und Erziehung zusammenhängenden Aufgaben, insbesondere den Schülerinnen und Schülern Verantwortung zu übertragen und sie bei der Ausübung selbständiger Aufgaben zu unterstützen. Bei der Planung und Durchführung des Unterrichts und außerunterrichtlicher Veranstaltungen soll der Initiative und Mitwirkung der Schülerinnen und Schüler Raum gegeben werden. Die Lehrkräfte informieren die Schülerinnen und Schüler in angemessener Form über die ihrem Unterricht zugrunde liegenden Bestimmungen, über die Ziele und Inhalte des Unterrichts sowie über die Maßstäbe der Leistungsbewertung. Sie geben den einzelnen Schülerinnen und Schülern Auskunft über deren Leistungsstand. Dabei dürfen sie der Entscheidung der Klassenkonferenz oder – in der gymnasialen Oberstufe – der Halbjahreskonferenz nicht vorgreifen.

### 2.3 Arbeitszeit

Die Arbeitszeit ergibt sich aus dem allgemeinen Recht des öffentlichen Dienstes sowie aus der Verordnung über die Arbeitszeit der Lehrerinnen und Lehrer an staatlichen Schulen.

Es bleibt der einzelnen Schule überlassen, in diesem Rahmen die Arbeitszeit im Einzelnen zu regeln, z. B. Fortbildungen oder Konferenzen auch in den Schulferien anzusetzen.

Die Lehrerinnen und Lehrer werden möglichst entsprechend ihrer Ausbildung, Eignung und Neigung eingesetzt. Sie können nicht beanspruchen, an einer bestimmten Schule tätig zu sein oder dass ihnen der Unterricht in bestimmten Klassen, in bestimmten Fächern, zu bestimmten Zeiten oder die Führung einer Klasse übertragen wird.

Die Lehrerinnen und Lehrer nehmen den ihnen zustehenden Urlaub in den Schulferien. Die letzten drei Werktage der Sommerschulferien sind Präsenztage zur Vorbereitung des neuen Schuljahres. An Präsenztagen kann kein Urlaub genommen werden. An diesen Tagen finden alle das Schuljahr vorbereitenden Konferenzen, soweit dies am Schuljahresende nicht bereits geschehen ist, sowie sonstige das Schuljahr vorbereitende Maßnahmen statt.

Die Schulen regeln die Erreichbarkeit der einzelnen Lehrkräfte in den Schulferien.

### 2.4 Krankheit, Änderung der Familienverhältnisse, Wohnungswechsel, Verhütung übertragbarer Krankheiten

Dienstverhinderungen wegen Krankheit oder aus anderen Gründen sind der Schulleitung unverzüglich anzuzeigen. Änderungen in den Familienverhältnissen und Wohnungswechsel sind der BSB – Personalverwaltung bzw. dem HIBB – Personalverwaltung bekannt zu geben.

Für Lehrerinnen und Lehrer gelten die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes.

### 2.5 Erreichbarkeit der Lehrerinnen und Lehrer

Lehrkräfte müssen für die Schülerinnen und Schüler sowie für die Eltern erreichbar sein. Absprachen hierzu sind an der jeweiligen Schule zu treffen.

### 2.6 Amtsverschwiegenheit, Vernehmung als Sachverständige und Zeugen, Auskünfte

Beamtinnen und Beamte sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen über die ihnen bei ihrer dienstlichen Tätigkeit bekannt gewordenen Angelegenheiten Verschwiegenheit bewahren. Dies gilt nicht für Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung nach keiner Geheimhaltung bedürfen. Der Inhalt der Beratungen in Prüfungs- und Zeugniskonferenzen unterliegt grundsätzlich der Amtsverschwiegenheit.

Wer als Zeuge zur Vernehmung über Angelegenheiten geladen wird, die der Amtsverschwiegenheit unterliegen, bedarf einer Aussagegenehmigung der BSB. Sachverständigen- und Gutachtertätigkeit vor Gerichten oder anderen Behörden bedürfen ebenfalls der Genehmigung der BSB. Für die Erstattung von Gutachten gelten außerdem die Nebentätigkeitsbestimmungen.

Die Schulleitung oder ihre Vertretung erteilen Auskünfte, die die eigene Schule betreffen, an Presse, Rundfunk, Film und Fernsehen. Sie informieren hierüber die BSB. In allen anderen Angelegenheiten wird an die BSB verwiesen.

### 2.7 Anträge und Beschwerden, Personalvertretung

Anträge und Beschwerden in dienstlichen Angelegenheiten, die nicht die Schulleitung unmittelbar erledigen kann, sind der BSB auf dem Dienstweg einzureichen. Die Schulleitung fügt eine Stellungnahme bei.

Beschwerden über Schulleiterinnen oder Schulleiter, Schulaufsichtsbeamtinnen oder Schulaufsichtsbeamte sind an deren Vorgesetzte zu richten.

Jede bzw. jeder Bedienstete hat das Recht, sich unmittelbar an den zuständigen Personalrat zu wenden. Dieses Recht wird durch diese Dienstanweisung nicht berührt.

### 2.8 Verpflichtung zur Ersthelferschulung

Die Lehrerinnen und Lehrer haben nach ihren Möglichkeiten die Schulleitung bei allen Maßnahmen für eine wirksame Erste Hilfe zu unterstützen. Diese Verpflichtung wird durch die Richtlinie „Erste Hilfe an staatlichen Schulen“ ausgestaltet.

## 3. Schulleitung

### 3.1 Übertragung von Aufgaben

Die Schulleitung ist für die Durchführung der Lehr-, Erziehungs- und Verwaltungsarbeit und für die Ordnung in der Schule verantwortlich. Sie kann die ihr nach § 89 HmbSG zustehenden Aufgaben in genau definiertem Umfang auf einzelne Mitglieder des pädagogischen oder des Verwaltungspersonals delegieren. Die Letztverantwortung der Schulleitung wird hiervon nicht berührt.

### 3.2 Ausbildungsaufgaben

Die Schulleitung ist für den schulbezogenen Ausbildungsteil der Lehramtsanwärterinnen und Lehramtsanwärter sowie für den Einsatz und die Betreuung von Praktikantinnen und Praktikanten aus dem pädagogischen Bereich im Rahmen der Ausbildungsverpflichtung der Schulen verantwortlich. Sie bestellt insbesondere nach Anhören der Beteiligten Anleiterinnen und Anleiter.

Die Schulleitung veranlasst auch die Beratung und Einführung in die neue Tätigkeit für das nicht-pädagogische Personal.

### 3.3 Schulleitungsaufgaben

Die Schulleitung legt Klassenführung, Unterrichtsverteilung und die Wahrnehmung von allgemeinen und funktionsbezogenen Aufgaben (unter Berücksichtigung der Beschlüsse der Lehrerkonferenz nach § 57 Absatz 2 HmbSG) fest. Die Wünsche der Lehrkräfte sollen angemessen berücksichtigt werden. Die Schulleitung stellt die Kooperation zwischen den Lehrkräften und den Fachleitungen sicher und veranlasst die Aufstellung der Stunden- und Aufsichtspläne.
Sie informiert sich über die Arbeit in den einzelnen Klassen u. a. durch Unterrichtsbesuche, durch Einsicht in die schriftlichen Unterlagen der Klassen und durch regelmäßige Durchsicht der Arbeitsberichte und Kurshefte. Den Lehrerinnen und Lehrern ermöglicht sie einen Überblick über die Gesamtarbeit der Schule.

### 3.4 Besichtigung und Unterrichtsbesuche

Über die Besichtigung von Schulen und Unterrichtsbesuche durch Eltern und fremde Personen entscheidet die Schulleitung im Einvernehmen mit den unterrichtenden Lehrerinnen und Lehrern sowie im Rahmen der geltenden Regelungen.

Unberührt bleibt das Hospitationsrecht von Vertreterinnen und Vertretern der Behörde sowie von Seminarleiterinnen und Seminarleitern des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung wie auch Lehramtsanwärterinnen und Lehramtsanwärtern, Studentinnen und Studenten im Rahmen der Ausbildung.

### 3.5 Beschäftigungsverhältnisse an Schulen

Die Schulleitung ist dafür verantwortlich, dass nur solche Personen in der Schule beschäftigt werden, deren Beschäftigungsverhältnis und dessen Umfang mit der BSB abgestimmt sind.

Im Rahmen von Modellversuchen oder Sonderprogrammen können von der BSB in einem definierten Umfang Ausnahmen zugelassen werden.

Soweit von Lehrerinnen oder Lehrern außenstehende Personen zu Themen des Unterrichts herangezogen werden sollen, bedarf dies der Genehmigung der Schulleitung.

Soweit die Genehmigung allgemein erteilt ist, sind keine Einzelgenehmigungen erforderlich.

### 3.6 Disziplinarbefugnis

Ist das dienstliche Verhalten einer Lehrerin oder eines Lehrers zu beanstanden, soll die Schulleitung die Lehrerin bzw. den Lehrer zunächst anhören und sie bzw. ihn ggf. entsprechend belehren.

Besteht der Verdacht eines Dienstvergehens, hat die Schulleiterin oder der Schulleiter unverzüglich die Ermittlungen aufzunehmen oder dies in den nicht auf die Schulleitung übertragenen Fällen sofort der zuständigen Schulaufsicht zu melden. Dabei ist das Personalrechtsreferat gegebenenfalls hinzu zu ziehen.

Entsprechend ist in Bezug auf das nicht-pädagogische Personal der Schule zu verfahren.
Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sind Pflichtverletzungen durch Abmahnungen zu verfolgen.

### 3.7 Sonderurlaub

Die Schulleitung kann Lehrerinnen und Lehrern sowie anderen Bediensteten der Schule im Rahmen der Sonderurlaubs-Richtlinien Sonderurlaub gewähren.

Anträge der Lehrerinnen und Lehrer auf Sonderurlaub, über die die Schulleitung nicht entscheiden darf, legt sie mit ihrer Stellungnahme drei Wochen vorher der zuständigen Personalabteilung vor. Beurlaubungen, die sie selber betreffen, beantragt die Schulleitung bei der zuständigen Schulaufsicht.

### 3.8 Anwesenheitspflichten

Während der Unterrichtszeit und bei schulischen Veranstaltungen außerhalb der Unterrichtszeit muss eine verantwortliche Person stets erreichbar sein.

In der unterrichtsfreien Zeit hat die Schulleitung in Abstimmung mit der Schulaufsicht für die Erreichbarkeit eines/einer Verantwortlichen zu sorgen.

### 3.9 Berichtspflichten

Die Schulleitung berichtet der Schulaufsichtsbeamtin oder dem Schulaufsichtsbeamten unverzüglich über besondere Vorkommnisse, die die Schule betreffen (z. B. Todesfälle, schwere Unfälle, Feuer, Explosionen, ansteckende Krankheiten, Bedrohungen, schwere Verstöße gegen die Schulordnung). Sie bzw. er muss solche Vorkommnisse außerdem ggf. anderen zuständigen Behörden melden (z. B. Feuerwehr, Polizei, Gesundheitsamt, Bezirksamt).

Näheres wird in allgemeinen Verwaltungsvorschriften geregelt.

### 3.10 Teilnahme an örtlichen Gremien

Die Schulleitung informiert die zuständigen Schulaufsichtsbeamtinnen bzw. Schulaufsichtsbeamten über Einladungen zu Sitzungen der Bezirksversammlungen oder ihrer Ausschüsse und der Regionalausschüsse oder ihrer Unterausschüsse. In den Sitzungen ist der Standpunkt der Behörde darzulegen. Erklärungen, die dort abgegeben werden sollen, sind vorher mit den beteiligten Stellen in der Behörde abzustimmen

### 3.11 Ersthelfer

Die Schulleitung hat dafür Sorge zu tragen, dass ausreichend Lehrkräfte mit Ersthelferausbildung zur Verfügung stehen. Dies umfasst auch, für die Wahrnehmung von erforderlichen Auffrischungskursen zu sorgen.

### 3.12 Stellvertretung

Die Stellvertreterin oder der Stellvertreter, bei Gesamtschulen auch die Abteilungsleiterinnen oder die Abteilungsleiter sowie die Koordinatorinnen und Koordinatoren an den Gymnasien sind nächste Berater und Mitarbeiter der Schulleitung. Sie müssen von der Schulleitung über alle Angelegenheiten der Schule so informiert werden, dass sie jederzeit in der Lage sind, die Leitung der Schule wahrnehmen zu können.

## 4. Konferenzen und Ausschüsse

### 4.1 Protokollführung

Über die Konferenzen der schulischen Gremien werden Niederschriften gefertigt, die der Schulleitung vorgelegt und den Mitgliedern der Konferenzen zugänglich gemacht werden müssen. Das Gebot der wechselseitigen Unterrichtung nach § 103 HmbSG ist zu beachten.
Nähere Bestimmungen zu Anfertigung und Aufbewahrung der Protokolle werden in allgemeinen Verwaltungsvorschriften geregelt.

### 4.2 Teilnahme an Konferenzen

Die Mitglieder der Lehrerkonferenz sind zur Teilnahme an der Lehrerkonferenz verpflichtet. Die Schulleitung kann Ausnahmen zulassen. Mitglieder ohne Stimmrecht sind zur Teilnahme an den Konferenzen nur verpflichtet, wenn dienstliche Gründe dies erfordern. Gleiches gilt für die Teilnahme an Abteilungs- und Fachkonferenzen oder weiteren im Sinne des § 59 Absatz 2 HmbSG nachgeordneten Ausschüssen der Lehrerkonferenz.

## 5. Übergangs- und Schlussbestimmungen

### 5.1 Inkrafttreten

Diese Dienstanweisung wird am 1. März 2010 wirksam.

### 5.2 Aufhebung der bisherigen Dienstanweisung

Die bisherige Dienstanweisung in der Fassung vom 1. März 2005 wird aufgehoben.

26.02.2010 V 42/110-33.3
MBlSchul 2010 Seite 6 *wird im SchulR HH unter 7.3.1 aktualisiert*

* * *

Hinweis der Rechtsabteilung:

# Zweite Verordnung zur Änderung schulrechtlicher Verordnungen

**Vom 2. Februar 2010**

De geänderten Verordnungen (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Klassen 1 bis 10 der allgemeinbildenden Schulen – APO-AS, Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die kooperative Gesamtschule – Jahrgangsstufen 5 bis 10 – APO-kGS, Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die integrierte Gesamtschule – Jahrgangsstufen 5 bis 10 – APO-iGS und Verordnung über die Stundentafeln für die Sekundarstufe I – STVO) finden Sie tagesaktuell im Internet unter dem Link www.landesrecht-hamburg.de.

11.02.2010 V 30/183-02.06/28
MBlSchul 2010 Seite 9 *wird im SchulR HH unter 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3 und 2.3.4 aktualisiert*

* * *

# Neufassung der Hamburgischen Beihilfeverordnung

Die Personalabteilung weist darauf hin, dass der Senat am 12. Januar 2010 die Neufassung der Hamburgischen Beihilfeverordnung beschlossen hat. Sie ist am 15. Januar 2010 im Hamburgischen Gesetz- und Verordnungsblatt verkündet worden und tritt am 1. Februar 2010 in Kraft.

**Die Neufassung betrifft alle Beamtinnen und Beamte sowie beihilfeberechtigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.**

Der Senat hat am 12. Januar 2010 die Neufassung der Hamburgischen Beihilfeverordnung (HmbBeihVO) beschlossen. Sie ist im Hamburgischen Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 2 vom 15. Januar 2010, Seite 6, verkündet worden und tritt am 1.Februar 2010 in Kraft. Ein Abdruck der Verordnung ist beigefügt (Anlage 1).

Die HmbBeihVO wurde mit dem Ziel, eine übersichtliche Darstellung der Beihilferegelungen zu schaffen, vollständig überarbeitet. Zugleich wurde auch dem Umstand Rechnung getragen, dass die grundsätzlichen Vorgaben für die Beihilfegewährung seit 1. Januar 2008 im Hamburgischen Beamtengesetz (HmbBG) sehr detailliert geregelt werden. Darüber hinaus wurde die HmbBeihVO an die Entwicklungen im Gesundheitswesen und in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angepasst. Hieraus ergeben sich Änderungen in den folgenden Bereichen:

### 1. Änderung in der Struktur der HmbBeihVO

Die Beihilfeleistungen sind nunmehr nach Themenbereichen in Abschnitten zusammengefasst (z. B. „Aufwendungen in Krankheitsfällen“, „in Pflegefällen“). Darüber hinaus wurden die Inhalte der bisher gültigen Anlagen zum Teil gekürzt und in die Abschnitte integriert (z. B. Sehhilfen).

In Abschnitt II finden sich dementsprechend Regelungen über
zahnärztliche- und kieferorthopädische Leistungen
(vorher Anlage 1, jetzt § 7 HmbBeihVO),
Arznei- und Verbandmittel
(vorher § 6 Nr. 2, jetzt § 8 HmbBeihVO),
Heilbehandlungen
(vorher § 6 Nr. 3, jetzt § 9 HmbBeihVO),
Aufwendungen für Hilfsmittel
(vorher § 6 Nr. 4, jetzt § 11 HmbBeihVO),
Sehhilfen
(vorher Anlage 2 Nr. 9, jetzt § 12 HmbBeihVO),
Häusliche Krankenpflege
(vorher § 6 Nr. 7, jetzt § 13 HmbBeihVO) und
Krankenhausleistungen
(vorher § 6 Nr. 6, jetzt § 18 HmbBeihVO).

**Hinweis**: Die bisher in Anlage 2 Nr. 1 HmbBeihVO enthaltene, nicht abschließende Aufzählung der beihilfefähigen **Hilfsmittel** wurde nicht in die HmbBeihVO übernommen, da diese Aufzählung einer stetigen Veränderung unterliegt. Als Maßstab bei der Frage der beihilferechtlichen Anerkennung von Hilfsmitteln werden regelmäßig die Anlagen 5 und 6 zu § 25 der Bundesbeihilfeverordnung herangezogen.

Die Information über die beihilfefähigen Höchstbeträge für ärztlich verordnete Leistungen von Angehörigen der sog. Medizinfachberufe (**Heilbehandlungen** nach § 9 HmbBeihVO) erfolgt durch Rundschreiben des Personalamtes (zuletzt am 8. März 2005).

### 2. Verfahrensänderungen

Durch die Neufassung der HmbBeihVO wurde eine Ermächtigung für die oberste Dienstbehörde geschaffen, die elektronische Beihilfe-Antragstellung zuzulassen und hierzu nähere Bestimmungen treffen zu können (§ 4 Absatz 1 Satz 3 HmbBeihVO). Zurzeit liegen die technischen Voraussetzungen hierfür noch nicht vor. Sobald ein solches Verfahren zur Verfügung steht, wird hierüber gesondert informiert werden.
Ebenfalls neu geregelt ist, dass die deutsche Übersetzung einer in ausländischer Sprache ausgestellten Rechnung grundsätzlich erst ab einem Rechnungsbetrag von 300 Euro beglaubigt sein muss (§ 4 Abs. 3 HmbBeihVO).

### 3. Materielle Änderungen

Das Leistungsniveau bleibt weitgehend unverändert. Zur Anpassung der Verordnung an aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen bzw. an die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden wurden aber insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

1. Vereinfachung des Tatbestandes „Persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen“ (§ 2 Abs. 7 HmbBeihVO),
2. Wegfall der indikationsbezogenen Voraussetzungen für Zahn-Implantate (§ 7 Abs. 5 HmbBeihVO),
3. Anerkennung von Komplextherapien (§ 10 HmbBeihVO),
4. Erweiterte Anerkennung von Beihilfen für notwendige Familien- und Haushaltshilfen (§ 14 HmbBeihVO),
5. Anerkennung der Aufwendungen für eine Soziotherapie (§ 15 HmbBeihVO),
6. Anerkennung der Aufwendungen für eine spezialisierte Palliativversorgung (§ 19 HmbBeihVO) und
7. Normierung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren (§ 21 Abs. 3 HmbBeihVO).

**Zu 1:**

Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit naher Angehöriger bei einer Heilmaßnahme sind nicht beihilfefähig, auch dann nicht, wenn die Behandlungen im Auftrag durch Erfüllungsgehilfen erbracht werden. Zukünftig sind nur noch die Ehegattin oder der Ehegatte oder die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person nahe Angehörige im Sinne der Verordnung. Als nahe Angehörige galten bisher auch die Enkelkinder, Großeltern, Geschwister, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwiegereltern, Schwäger und Schwägerinnen der behandelten Person.

**Zu 2:**

Neu ist hier der Verzicht auf bestimmte Diagnosen, die neben der zahnmedizinischen Notwendigkeit vorliegen müssen, damit die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen

anerkannt werden kann. Aufgrund der Festlegung einer Höchstzahl (zwei pro Kieferhälfte) beihilfefähiger Implantate kann hierauf verzichtet werden.

**Zu 3:**

Komplextherapien (GKV-Leistung) sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliche und gegebenenfalls nicht-ärztliche Behandlerinnen oder Behandler durchgeführt werden. Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sicher gestellt sein. Komplextherapien werden pauschal berechnet. Die Aufwendungen sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen anerkannt sind, beihilfefähig. Es wird empfohlen, vor Behandlungsbeginn zu klären, ob die Komplexleistungen des Anbieters von den gesetzlichen Krankenkassen oder von den Rentenversicherungsträgern anerkannt sind bzw. ob eine solche Vereinbarung besteht.

**Zu 4:**

Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind nunmehr auch bei Palliativversorgung, stationärer Rehabilitation, stationären Kuren, Geburten oder häuslicher Krankenpflege beihilfefähig. Auf den Beschäftigungsumfang der oder des Erkrankten wird nicht mehr abgestellt. Voraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe zu den Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe ist, dass ein Kind, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und hilfebedürftig ist, in diesem Haushalt lebt. Die Altersgrenze des im Haushalt lebenden Kindes wird damit der Regelung in der GKV angepasst und von derzeit fünfzehn auf zwölf Jahre abgesenkt.

Ferner richtet sich der beihilfefähige Höchstbetrag nach dem Betrag, der Versicherten in der GKV gewährt wird. Dieser beträgt für 2010 64 Euro am Tag bzw. acht Euro in der Stunde.

**Zu 5:**

In den Fällen, in denen psychisch Kranke Probleme haben, verordnete Medikamente einzunehmen, ärztliche Ratschläge zu befolgen und notwendige Nachgespräche mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt tatsächlich wahrzunehmen, versetzt die ambulant durchzuführende Soziotherapie Patienten in die Lage, sich einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen. Die Soziotherapie trägt auch dazu bei, teure Krankenhausbehandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen. Voraussetzungen, Ziele, Inhalt und Umfang der Soziotherapie bestimmen sich nach den Vorschriften der GKV und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

**Zu 6:**

Die Regelung beinhaltet die Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Palliativversorgung in Hospizen. Voraussetzung ist, dass keine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39a SGB V, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Die Leistungen der zuständigen Pflegekasse werden angerechnet.
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung unheilbar Kranker in ihrer letzten Lebensphase in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Die Aufwendungen hierfür sind bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Krankenversicherungen vereinbarten Vergütung beihilfefähig und werden durch anerkannte Fachkräfte nach § 132 d SGB V erbracht.

**Zu 7:**

Neu geschaffen wurde insbesondere die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Müttergenesungskuren und Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren. Diese Aufwendungen werden nur als beihilfefähig anerkannt, wenn die Maßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannten Einrichtung durchgeführt werden. Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Die übrigen Änderungen sind im Wesentlichen redaktioneller Art. Weitere beihilferechtliche Auskünfte erteilt die Beihilfestelle.

08.02.2010 V 438-3/110-82.11/II

# Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Hamburgische Beihilfeverordnung - HmbBeihVO)

Vom 12. Januar 2010 (HmbGVBl. S. 6), geändert am 26. Januar 2010 (HmbGVBl. S. 23, 105)

Auf Grund von § 80 Absatz 11 des Hamburgischen Beamtengesetzes (HmbBG) vom 15. Dezember 2009 (HmbGVBl. S. 405) wird verordnet:

**Inhaltsübersicht**


**Abschnitt I**
**Allgemeine Vorschriften**

§ 1 Regelungszweck
§ 2 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
§ 3 Begrenzung der Beihilfen
§ 4 Verfahren

**Abschnitt II**
**Aufwendungen in Krankheitsfällen**

§ 5 Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen
§ 6 Psychotherapeutische Leistungen
§ 7 Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen
§ 8 Arznei- und Verbandmittel
§ 9 Heilbehandlungen
§ 10 Komplexleistungen
§ 11 Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke
§ 12 Sehhilfen
§ 13 Häusliche Krankenpflege
§ 14 Familien- und Haushaltshilfe
§ 15 Soziotherapie
§ 16 Fahrtkosten
§ 17 Unterkunftskosten bei auswärtigen ambulanten Behandlungen
§ 18 Krankenhausleistungen
§ 19 Palliativversorgung

**Abschnitt III**
**Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen**

§ 20 Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen
§ 21 Kuren

**Abschnitt IV**
**Aufwendungen in Pflegefällen**

§ 22 Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

**Abschnitt V**
**Aufwendungen in sonstigen Fällen**

§ 23 Erste Hilfe
§ 24 Früherkennung von Krankheiten, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen
§ 25 Geburten, Schwangerschaften und Sterilisationen
§ 26 Organtransplantationen
§ 27 Todesfälle
§ 28 Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

**Abschnitt VI**
**Schlussbestimmungen**

§ 29 Übergangsvorschriften
§ 30 Inkrafttreten


## Abschnitt I
## Allgemeine Vorschriften

### § 1
### Regelungszweck

Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen nach § 80 Absatz 11 HmbBG. Die Beihilfen ergänzen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

### § 2
### Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

(1) Bei der Anwendung des § 80 Absatz 4 Satz 1 HmbBG, wonach Aufwendungen nur beihilfefähig sind, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind, ist die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen

1. einer Ärztin oder eines Arztes nach den Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 211), zuletzt geändert am 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320, 3325),
2. einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), geändert am 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721),
3. einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes nach der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert am 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320, 3325),

in der jeweils geltenden Fassung zu beurteilen. Die Aufwendungen gelten bis zum Schwellenwert der Gebührenrahmen als angemessen. Höhere Aufwendungen können nur berücksichtigt werden, wenn besondere Umstände vorliegen; sie sind von der Ärztin oder vom Arzt oder von der Psychotherapeutin oder vom Psychotherapeuten oder von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt zu begründen. Aufwendungen für Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers sind bis zum Mittelwert der 1983 abgerechneten Durchschnittshonorare (1985 erfasst im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker der Deutschen Heilpraktikerverbände Neuauflage in Euro zum 1. Januar 2002), höchstens jedoch bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen, beihilfefähig.

(2) Über die Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann insoweit Gutachten einer von der obersten Dienstbehörde bestimmten Gutachterin oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Gutachters oder einer von der obersten Dienstbehörde bestimmten Stelle einholen.

(3) Nicht beihilfefähig sind Sach- und Dienstleistungen nach § 2 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert am 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495), in der jeweils geltenden Fassung. Die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung gilt ebenfalls als Sach- und Dienstleistung. Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen zum Beitrag zur Krankenversicherung gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch

1. Festbeträge nach den Vorschriften des SGB V für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie für die Beförderung,
2. Aufwendungen, die darauf beruhen, dass eine mögliche Sach- und Dienstleistung nicht als solche in Anspruch genommen worden ist.

Sätze 1 bis 3 gelten nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert am 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495), in der jeweils geltenden Fassung, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind.

(4) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Kostenanteile und Zuzahlungen.

(5) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen nach §§ 5 bis 24 und 26, die für die Ehegattin oder den Ehegatten oder die Lebenspartnerin oder den Lebenspartner der oder des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners gemäß § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000 Euro übersteigt. Dies gilt nicht für Aufwendungen, für die der Ehegattin oder dem Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder dem Lebenspartner trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder die Leistungen insoweit auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung).

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Beamtinnen und Beamte, denen auf Grund des Hamburgischen Beamtengesetzes Heilfürsorge zusteht.

(7) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit einer oder eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme. Nahe Angehörige im Sinne dieser Verordnung sind die Ehegattin oder der Ehegatte oder die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person. Wurde die Behandlung im Auftrag einer oder eines nahen Angehörigen durch eine Erfüllungsgehilfin oder einen Erfüllungsgehilfen erbracht, so gelten auch die von der oder dem nahen Angehörigen berechneten Leistungen als deren oder dessen eigene Leistungen. Aufwendungen zum Ersatz der der oder dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig.

(8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Absatz 4 SGB V verlangt wird.

(9) Nicht beihilfefähig sind Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V. Werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(10) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs nach § 80 Absatz 3 Satz 5 HmbBG beihilfefähig sind. Dies gilt in den Fällen des § 80 Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 HmbBG für berücksichtigungsfähige Ehegattinnen oder Ehegatten oder Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner jedoch nur, wenn ein gleichwertiger Beihilfeanspruch besteht.

(11) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einer oder einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf eine oder einen Dritten übergegangen oder übertragen worden sind. Abweichend von Satz 1 sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 53 HmbBG zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruches auf den Dienstherrn führt.

(12) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden. Die oberste Dienstbehörde kann in begründeten Ausnahmefällen auch Aufwendungen für wissenschaftlich noch nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden als beihilfefähig erklären, wenn es sich um eine schwerwiegende oder lebensbedrohende Erkrankung handelt, wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethoden ohne Erfolg angewendet worden sind und eine begründete Aussicht auf eine baldige wissenschaftlich allgemeine Anerkennung der Behandlungsmethode besteht. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

## § 3
## Begrenzung der Beihilfen

(1) Bei der Anwendung des § 80 Absatz 1 Satz 5 HmbBG, wonach die Beihilfe zusammen mit aus demselben Anlass gewährten Leistungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreiten darf, sind Leistungen, die

1. von der gesetzlichen Krankenversicherung,
2. von der sozialen Pflegeversicherung,
3. auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeits- oder sonstigen dienstvertraglichen Vereinbarungen,
4. aus einer privaten Schadenversicherung einschließlich einer privaten Krankenversicherung, soweit diese nicht eine Summenversicherung darstellt,
5. von einer privaten Pflegeversicherung nach Maßgabe des § 23 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert am 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495), in der jeweils geltenden Fassung oder zur Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI

zu den geltend gemachten Aufwendungen gewährt werden, zu berücksichtigen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 5 bis 28 genannten Aufwendungen, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird, in ihrer tatsächlichen Höhe. Bei Anwendung des § 80 Absatz 1 Satz 5 HmbBG bleiben Aufwendungen nach § 25 Absatz 2 und § 27 Absatz 1 unberücksichtigt.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. In Fällen, in denen Leistungen einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten oder der sozialen Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich;

die Leistungen werden nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Absatz 1 Satz 3 bleibt unberührt.

### § 4
### Verfahren

(1) Die Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag der oder des Beihilfeberechtigten gewährt. Es sind die von der obersten Dienstbehörde bestimmten Formblätter zu verwenden. Abweichend hiervon kann die oberste Dienstbehörde die elektronische Antragstellung zulassen und hierzu nähere Bestimmungen treffen.

(2) Über Beihilfeanträge entscheidet die Festsetzungsstelle. Die Gewährung einer Beihilfe kann davon abhängig gemacht werden, dass die Aufwendungen, für die sie bestimmt ist, vollständig bezahlt sind oder dass die Bezahlung dieser Aufwendungen gewährleistet ist.

(3) Eine Beihilfe wird nur für Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist. Als Belege sind deutlich lesbare Kopien oder Zweitschriften einzureichen. Belegen in ausländischer Sprache ist eine deutsche Übersetzung, bei Beträgen über 300 Euro oder auf Verlangen der Festsetzungsstelle in begründeten Fällen auch bei niedrigeren Beträgen eine beglaubigte deutsche Übersetzung, beizufügen. Eine Rücksendung dieser Belege erfolgt nicht.

(4) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt 200 Euro überschreiten. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diesen Betrag nicht, überschreiten sie aber insgesamt 15 Euro, kann auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden.

(5) Auf eine zu erwartende Beihilfe können angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden.

(6) Beträgt die Beihilfe mehr als 500 Euro, im Falle einer stationären Unterbringung oder einer Heilkur mehr als 1.000 Euro, hat die oder der Beihilfeberechtigte Originale der der Festsetzungsstelle vorgelegten Nachweise für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren. Einer Aufbewahrung der Originale durch die oder den Beihilfeberechtigten bedarf es nicht, soweit sie bei einer Versicherung verbleiben und gewährleistet ist, dass die oder der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle Originale, Kopien oder Reproduktionen der Nachweise vorlegen kann. Die Unterlagen nach Satz 1 oder 2 hat die oder der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle auf Anforderung vorzulegen. Die Festsetzungsstelle hat die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten bei der Festsetzung der Beihilfe hierauf hinzuweisen.

## Abschnitt II
## Aufwendungen in Krankheitsfällen

### § 5
### Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen

Aus Anlass eines Krankheitsfalls sind die Aufwendungen für Leistungen einer Ärztin oder eines Arztes oder einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers beihilfefähig; dies gilt nicht für Maßnahmen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung vorgenommen werden.

### § 6
### Psychotherapeutische Leistungen

Psychotherapeutische Leistungen einer Ärztin oder eines Arztes oder einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten aus Anlass eines Krankheitsfalls sind beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach den Psychotherapie-Richtlinien in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAnz. S. 1399) in der jeweils geltenden Fassung.

### § 7
### Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen

(1) Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für zahnärztliche einschließlich kieferorthopädischer Leistungen sind beihilfefähig nach Maßgabe der Absätze 2 bis 9.

(2) Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, die bei einer zahnärztlichen Behandlung für konservierende Leistungen nach Abschnitt C Nummern 213 bis 232, prothetische Leistungen nach Abschnitt F und implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstehen, sowie Aufwendungen für Edelmetalle, Edelmetalllegierungen und Keramik sind einschließlich der Handwerksleistungen in Höhe von 60 vom Hundert beihilfefähig.

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

1. vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der Behandlung anerkannt hat und
3. die behandelte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; dies gilt nicht für Personen mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert; schwere Kieferanomalien in diesem Sinne liegen vor bei
   a) angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer,
   b) skelettalen Dysgnathien und
   c) verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen.

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

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen im Kieferbereich (Myoarthropathien),
2. Zahnbetterkrankungen (Parodonthopathien),
3. umfangreiche Gebisssanierung; sie ist nur anzunehmen, wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung auf andere Weise nicht mehr herstellbar ist,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen,

und wenn der erhobene Befund mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt belegt wird.

(5) Aufwendungen für implantologische Leistungen für mehr als zwei Implantate pro Kieferhälfte, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Dabei sind die Gesamtaufwendungen der implantologischen Versorgung entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nichtbeihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern. Bei Anwendung von Satz 1 zählen bereits vorhandene Implantate nur mit, sofern hierfür Beihilfe gezahlt worden ist. Unabhängig von den Sätzen 1 und 2 sind die Aufwendungen für Suprakonstruktionen im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte beihilfefähig. Bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen ohne die Beschränkung aus Satz 1 beihilfefähig:

1. nicht angelegte Zähne im jugendlichen Erwachsenengebiss, wenn pro Kiefer weniger als acht Zähne angelegt sind,
2. bei großen Kieferdefekten in Folge von Kieferbruch oder Kieferresektionen, wenn auf andere Art und Weise die Kaufähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann.

(6) Aufwendungen für stationäre zahnärztliche Behandlungen, die in Zusammenhang mit implantologischen oder sonstigen Zahnersatzmaßnahmen durchgeführt werden, sind in folgenden Fällen beihilfefähig:

1. operative Behandlung von Fehlbildungen, zum Beispiel Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,
2. Behandlung von größeren traumatisch bedingten Verletzungen der Knochen und Weichgewebe,
3. Entfernung benigner Tumore größeren Umfangs oder maligner Tumore,
4. operative Eingriffe im Bereich der Kiefernhöhle sowie
5. bei zusätzlichen, schweren Erkrankungen; zur Einzelfallprüfung ist ein Attest oder eine Einweisung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (Internistin oder Internist, Kardiologin oder Kardiologe, Hausärztin oder Hausarzt) vorzulegen.

(7) Aufwendungen für Inlays und Kronen (Abschnitt C Nummern 214 bis 217 und 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), prothetische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen sind einschließlich der damit zusammenhängenden zahntechnischen Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist, oder wenn die oder der Beihilfeberechtigte bei Antragstellung mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

(8) Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig.

(9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen auf Grund einer Vereinbarung nach § 2 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte.

## § 8
## Arznei- und Verbandmittel

(1) Aus Anlass eines Krankheitsfalls sind die Aufwendungen für von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten, einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt oder einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker bei Leistungen nach den §§ 5 und 7 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimitteln, Verbandmitteln und dergleichen beihilfefähig.

(2) Von den nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen ist ein Betrag für jedes verordnete Mittel abzuziehen in Höhe von 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels. Aufwendungen für Mittel, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, sind nur bis zur Höhe des Festbetrags beihilfefähig. Beträge nach Satz 1 sind vom Festbetrag abzuziehen. Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen

1. für berücksichtigungsfähige Kinder,
2. für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Bezügen bis zur Höhe des Mindestruhegehalts nach § 16 Absatz 3 Sätze 2 und 3 des Hamburgischen Beamtenversorgungsgesetzes vom 26. Januar 2010 (HmbGVBl. S. 23,105) in der jeweils geltenden Fassung,
3. für Personen, für die eine Beihilfe nach § 22 Absatz 4 gewährt wird,
4. im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen,
5. für besonders preisgünstige Arzneimittel, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung deshalb zuzahlungsfrei sind; der Nicht-Abzug erfolgt nur, wenn die oder der Beihilfeberechtigte durch eine geeignete Bestätigung der das Arzneimittel abgebenden Apotheke nachweist, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung für dieses Arzneimittel zum Zeitpunkt des Arzneimittelkaufs keine Zuzahlung zu leisten ist.

(3) Abzugsbeträge nach Absatz 2 Satz 1 und § 16 Absatz 2 sind auf Antrag der oder des Beihilfeberechtigten nicht mehr abzuziehen, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres die Belastungsgrenze übersteigen. Sie beträgt 2 vom Hundert des jährlichen Einkommens, höchstens jedoch 312 Euro für jede Beihilfeberechtigte oder jeden Beihilfeberechtigten einschließlich der berücksichtigungsfähigen Angehörigen; dies gilt unabhängig davon, ob Beträge nach Absatz 2 Satz 1 oder § 16 Absatz 2 abzuziehen sind. Einkommen im Sinne des Satzes 2 sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der oder des Beihilfeberechtigten und der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners einschließlich deren beziehungsweise dessen laufenden Erwerbseinkommens. Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. In Fällen, in denen Personen wegen einer Krankheit in Dauerbehandlung sind und in denen das Überschreiten der Belastungsgrenze antragsgemäß festgestellt wurde, werden auf Antrag Abzugsbeträge nicht mehr abgezogen, solange die Krankheit andauert.

(4) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für folgende Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

(5) Von der Beihilfefähigkeit sind Aufwendungen für Arzneimittel ausgeschlossen,

1. die üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden oder
2. die als unwirtschaftlich anzusehen sind; dies ist insbesondere bei Arzneimitteln anzunehmen, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist.

(6) Aufwendungen für Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, sind nicht beihilfefähig. Dies sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Satz 1 gilt nicht, wenn eine Verordnung der Arzneimittel zur medizinisch gebotenen Behandlung von Krankheiten erfolgt und bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität nicht im Vordergrund steht.

## § 9
## Heilbehandlungen

(1) Die Aufwendungen für aus Anlass einer Krankheit ärztlich oder zahnärztlich schriftlich angeordnete Inhalationen, Krankengymnastiken und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapien, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlungen, Elektrotherapien, Lichttherapien, logopädische Behandlungen, Beschäftigungstherapien (Ergotherapien) und podologische Behandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig. Saunabäder und das Schwimmen in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Rehabilitationsbehandlung (§ 20) oder einer Kur (§ 21) gehören nicht zu den beihilfefähigen Heilbehandlungen.

(2) Die Behandlung muss von einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten, einer Physiotherapeutin oder einem Physiotherapeuten, einer Krankengymnastin oder einem Krankengymnasten, einer Logopädin oder einem Logopäden, einer klinischen Linguistin oder einem klinischen Linguisten, einer Masseurin oder einem Masseur, einer Masseurin und medizinischer Bademeisterin oder einem Masseur und medizinischem Bademeister oder einer Podologin oder einem Podologen durchgeführt werden. Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden oder werden mit ihr zugleich in erheblichem Umfang berufsbildende oder allgemein bildende Zwecke verfolgt, sind die Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten für zusätzliche, gesondert durchgeführte und berechnete Heilbehandlungen nicht beihilfefähig.

(3) Die oberste Dienstbehörde kann die Beihilfefähigkeit für Aufwendungen nach Absatz 1

1. für bestimmte therapeutische Leistungen vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen und
2. durch Höchstsätze und Höchstgrenzen für die Behandlungsanzahl je Krankheitsfall für bestimmte therapeutische Leistungen begrenzen.

## § 10
## Komplexleistungen

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 2 Absatz 1 und § 9 unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen anerkannt sind, beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Komplextherapie von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht wird, dem neben Ärztinnen oder Ärzten auch Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen nach § 9 Absatz 2 angehören müssen.

(2) Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht nach Absatz 1 beihilfefähig.

## § 11
## Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke

(1) Aus Anlass eines Krankheitsfalls sind die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Beschaffung oder die Miete, den Betrieb, die Unterhaltung, die Reparatur und den Ersatz ärztlich schriftlich verordneter Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände beihilfefähig. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach den Absätzen 2 bis 10.

(2) Nicht beihilfefähig sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, soweit sie gemäß § 80 Absatz 4 HmbBG von der Beihilfefähigkeit ausgenommen sind. Dies gilt entsprechend für

1. Gegenstände, die fest mit einem Gebäude verbunden sind,
2. die behindertengerechte Ausstattung von Gebäuden und Gebäudeteilen (zum Beispiel Wohnraum),
3. die behindertengerechte Ausstattung von Kraftfahrzeugen.

(3) Die Aufwendungen für Gegenstände, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, sind nur bis zur Höhe des Festbetrags beihilfefähig, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist; für die gesetzliche Krankenversicherung vertraglich vereinbarte Preise gelten als Festbeträge.

(4) Aufwendungen für Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Kosten für Beschaffung, Betrieb, Unterhaltung und Reparatur sind oder die Beschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.

(5) Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn sie nicht höher als die entsprechenden Kosten für Beschaffung, Betrieb, Unterhaltung und Reparatur sind und durch die Anmietung eine Beschaffung entbehrlich ist.

(6) Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie 100 Euro im Kalenderjahr überschreiten. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie für Pflege- und Reinigungsmittel von Kontaktlinsen.

(7) Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind auch ohne Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

(8) Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung unbrauchbar gewordener Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle in der bisherigen Ausführung sind ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels oder Geräts nicht mehr als sechs Monate vergangen sind; § 12 Absatz 2 Nummer 4 und Absatz 4 bleiben unberührt.

(9) Bei Aufwendungen von mehr als 1.000 Euro entscheidet die oberste Dienstbehörde über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit. Absatz 3 gilt entsprechend.

(10) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die nach der Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 13. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2237), geändert am 17. Januar 1995 (BGBl. I S. 44), in der jeweils geltenden Fassung nicht von einer Krankenkasse übernommen werden dürfen.

(11) Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Beschaffung von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordneter Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände sind beihilfefähig, soweit nachstehend nicht etwas anderes bestimmt ist. Die Absätze 2 und 6 bis 8 gelten entsprechend. Aufwendungen für Perücken gelten bis zum Höchstbetrag von 700 Euro als angemessen; eine Beihilfe darf nur gewährt werden bei

1. krankhaftem, entstellendem Haarausfall (bei Alopecia areata und dergleichen),
2. erheblicher Verunstaltung (durch Schädelverletzung und dergleichen) oder
3. Haarausfall als Behandlungsfolge.

Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich für einen längeren Zeitraum als ein Jahr getragen werden muss. Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Perücken sind nur beihilfefähig, wenn seit dem vorangegangenen Kauf einer Perücke mindestens vier Jahre vergangen sind; dies gilt nicht, wenn sich bei Kindern die Kopfform verändert hat.

## § 12
## Sehhilfen

(1) Aufwendungen für die erstmalige Beschaffung von Sehhilfen sind nur bei Vorlage einer schriftlichen augenärztlichen Verordnung beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für Brillen sind einschließlich der Handwerksleistungen in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. als angemessen gelten Aufwendungen bis zu folgenden Höchstbeträgen, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist:

   für ein

   a) vergütetes Einstärkenglas bis +/- 6 Dioptrien,
      sphärisch 31 Euro,
      cylindrisch 41 Euro,
   b) vergütetes Einstärkenglas über +/- 6 Dioptrien,
      sphärisch 52 Euro,
      cylindrisch 62 Euro,
   c) vergütetes Mehrstärkenglas bis +/- 6 Dioptrien,
      sphärisch 72 Euro,
      cylindrisch 92,50 Euro,
   d) vergütetes Mehrstärkenglas über +/- 6 Dioptrien,
      sphärisch 92,50 Euro,
      cylindrisch 113 Euro,
   e) vergütetes Dreistufen- oder Multifokalglas bis +/- 6 Dioptrien,
      sphärisch 92,50 Euro,
      cylindrisch 113 Euro,
   f) vergütetes Dreistufen- oder Multifokalglas über +/- 6 Dioptrien,
      sphärisch 113 Euro,
      cylindrisch 133 Euro;

   Mehraufwendungen für Gläser mit prismatischer Wirkung sind bis zu einem Betrag von 21 Euro je Glas beihilfefähig, im Übrigen können höhere Aufwendungen nur berücksichtigt werden, wenn nachgewiesen wird, dass für sie ein zwingender medizinischer Grund vorliegt; Aufwendungen für ein Brillengestell sind nicht beihilfefähig;

2. Mehraufwendungen für Kunststoff- und Leichtgläser sind bis zu einem Betrag von 21 Euro je Glas beihilfefähig nur bei
   a) Glasstärken ab +/- 6 Dioptrien,
   b) Anisometropie ab 2 Dioptrien,
   c) Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr,
   d) Personen mit chronischem Druckekzem der Nase oder Fehl- oder Missbildungen des Gesichts, wenn mit Silikatgläsern ein ausreichender Sitz der Brille nicht erreicht werden kann,
   e) Spastikerinnen und Spastikern, Epileptikerinnen und Epileptikern und Einäugigen;

3. Mehraufwendungen für getönte Gläser (Lichtschutzgläser) und für phototrope Gläser sind bis zu einem Betrag von 11 Euro je Glas nur beihilfefähig, wenn eine der nachstehenden Indikationen vorliegt:
   a) umschriebene Transparenzverluste (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (zum Beispiel Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
   b) krankhafte, andauernde Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzende Substanzverluste der Iris (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),

c) chronisch rezidivierende Reizzustände der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (zum Beispiel Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),

d) entstellende Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (zum Beispiel Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,

e) Ziliarneuralgie,

f) blendungsbedingende entzündliche oder degenerative Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,

g) totale Farbenblindheit,

h) Albinismus,

i) unerträgliche Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,

j) intrakranielle Erkrankungen mit pathologischer Blendungsempfindlichkeit (zum Beispiel Hirnverletzungen, Hirntumoren),

k) Glasstärken ab + 10 Dioptrien,

l) Durchführung einer Fotochemotherapie,

m) Aphakie, als UV-Schutz der Netzhaut;

4. Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Brillen sind nur beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der bisherigen Brille mindestens drei Jahre vergangen sind; dies gilt nicht, wenn

   a) sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,

   b) die bisherige Brille verloren gegangen oder durch Beschädigung vollständig unbrauchbar geworden ist,

   c) sich bei Kindern die Kopfform geändert hat;

   eine erneute schriftliche augenärztliche Verordnung ist nur erforderlich, wenn sich die für die Anwendung von Nummer 1 dritter Halbsatz und der Nummern 2 und 3 erheblichen Umstände geändert haben; Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung durch eine Augenoptikerin oder einen Augenoptiker sind bis zu einem Höchstbetrag von 13 Euro beihilfefähig;

5. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Brillenversicherungen sowie für Etuis und dergleichen.

(3) Aufwendungen für Kontaktlinsen sind nur beihilfefähig, wenn eine der nachstehenden Indikationen vorliegt:

1. Aniseikonie,
2. Anisometropie ab 2 Dioptrien,
3. Aphakie,
4. Astigmatismus obliquus ab 2 Dioptrien,
5. regulärer Astigmatismus rectus und inversus ab 3 Dioptrien,
6. irregulärer Astigmatismus,
7. Hyperopie ab 8 Dioptrien,
8. Keratokonus,
9. Myopie ab 8 Dioptrien,
10. progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nachweisbar ist,
11. regulärer Astigmatismus ab 3 Dioptrien,
12. als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,
13. als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,
14. als Irislinsen bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,
15. druckempfindliche Narben am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

Dies gilt bei Astigmatismus nur, wenn mindestens eine um 20 vom Hundert verbesserte Sehschärfe gegenüber einer Brille erzielt wird. In den Fällen der Sätze 1 und 2 sind außerdem die Aufwendungen für eine zusätzliche Brille beihilfefähig. Bei Vorliegen einer Aphakie und bei Personen, die das 40. Lebensjahr vollendet haben, sind darüber hinaus auch die Aufwendungen für eine Nahbrille beihilfefähig. Liegen keine der genannten Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind die Aufwendungen hierfür wie Aufwendungen für Brillengläser nach Absatz 2 beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen sind nur beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der bisherigen Kontaktlinsen mindestens drei Jahre, bei weichen Kontaktlinsen mindestens zwei Jahre, vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn

1. sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
2. die bisherigen Kontaktlinsen verloren gegangen oder durch Beschädigung vollständig unbrauchbar geworden sind.

Eine erneute schriftliche augenärztliche Verordnung ist nicht erforderlich. Absatz 2 Nummer 4 vierter Halbsatz gilt entsprechend.

(5) Bei Vorliegen der in Absatz 3 genannten Voraussetzungen sind die Mehraufwendungen für Kurzzeitlinsen (zum Beispiel Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen beihilfefähig:

1. Progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 Dioptrien jährlich) nachweisbar ist,
2. Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,
3. Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
4. Ektropium,
5. Entropium,
6. Symblepharon,
7. Lidschlussinsuffizienz.

(6) Absatz 2 Nummer 5 und § 11 Absatz 3 gelten für Kontaktlinsen entsprechend.

(7) Aufwendungen für andere als in den Absätzen 1 bis 6 genannte Sehhilfen (Leselupen, Fernrohrlupenbrille und dergleichen) sind nur beihilfefähig, wenn durch das Tragen einer Brille oder von Kontaktlinsen eine ausreichende Sehkorrektur nicht erzielt wird.

## § 13
## Häusliche Krankenpflege

Die Aufwendungen für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige, voraussichtlich weniger als sechs Monate dauernde häusliche Krankenpflege sind beihilfefähig. Sie umfasst Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung; die Grundpflege muss überwiegen. Außerdem sind aus Anlass einer Krankenpflege nach Satz 1 die Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege beihilfefähig. Die Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt bis zur Höhe der Kosten für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe 7a der KR-Anwendungstabelle des Tarifvertrags zur Überleitung der

Beschäftigten der Länder in den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder und zur Regelung des Übergangsrechts vom 12. Oktober 2006 (TVÜ-L) in der jeweils geltenden Fassung beihilfefähig. Werden mehrere Personen nach § 80 Absatz 2 Satz 1 und Sätze 3 bis 5 HmbBG gleichzeitig im selben Haushalt gepflegt, sind die Aufwendungen bis zu 150 vom Hundert der Kosten nach Satz 4 beihilfefähig. Bei einer Pflege durch nahe Angehörige (§ 2 Absatz 7) sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

1. Fahrtkosten (§ 16),
2. eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, höchstens jedoch bis zu den Kosten nach den Sätzen 4 und 5, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine Vergütung, die der Ehegattin oder dem Ehegatten, der Lebenspartnerin oder dem Lebenspartner oder einem Elternteil der oder des Pflegebedürftigen gewährt wird, ist nicht beihilfefähig.

### § 14
### Familien- und Haushaltshilfe

(1) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind beihilfefähig, wenn die Hilfe für die Weiterführung des Haushalts der oder des Beihilfeberechtigten für die Zeit

1. einer stationären Behandlung (§§ 18 bis 22 und 25) oder
2. einer häuslichen Krankenpflege (§ 13)

der oder des den Haushalt führenden Beihilfeberechtigten oder der oder des den Haushalt führenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen erforderlich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Sätze 1 und 2 gelten auch bis zur Dauer von sieben Tagen im Anschluss an die stationäre Behandlung, wenn eine Hilfe für die Weiterführung des Haushalts erforderlich ist.

(2) Die Aufwendungen nach Absatz 1 sind bis zur Höhe des Betrags beihilfefähig, den die oder der Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe erhält. § 13 Satz 6 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe in Absatz 1 Satz 2 genannte Kinder 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 einer oder eines nahen Angehörigen (§ 2 Absatz 7) sind mit Ausnahme der Fahrtkosten (§ 16) nicht beihilfefähig.

### § 15
### Soziotherapie

Aufwendungen für eine Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder 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. Voraussetzungen, Ziele, Inhalt, Umfang, Dauer und Häufigkeit der Soziotherapie bestimmen sich nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 SGB V).

### § 16
### Fahrtkosten

(1) Die Aufwendungen für die Beförderung der oder des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger und einer erforderlichen Begleitperson sind bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung beihilfefähig bei Inanspruchnahme ärztlicher oder zahnärztlicher Leistungen, Heilbehandlungen oder bei Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen (§§ 5 bis 7, 9, 10 und 18). Höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren. Wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, sind 0,30 Euro je Kilometer beihilfefähig.

(2) Von den nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen ist vor der Berechnung der Beihilfe jeweils ein Betrag in Höhe von 10 vom Hundert der jeweiligen Beförderungskosten für jede einfache Fahrt, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro abzuziehen; allerdings nicht mehr als die Beförderungskosten der jeweiligen Fahrt; § 8 Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die

1. Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
2. Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrende Beförderungsmittel am Wohn- oder Aufenthaltsort der oder des Behandelten oder bei einfachen Entfernungen bis 30 Kilometer,
3. Mehrkosten der Beförderung an einen anderen als den nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
4. Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
5. Beförderung im Zusammenhang mit Kuren oder kurähnlichen Maßnahmen; §§ 20 und 21 bleiben unberührt.

### § 17
### Unterkunftskosten bei auswärtigen ambulanten Behandlungen

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. Unterkunft bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich, wenn
   a) ein anderer Ort für eine ambulante Untersuchung, Behandlung oder dergleichen aufgesucht werden muss,
   b) eine Kur oder ein ähnliches Heilverfahren nicht vorliegt und
   c) die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit auf Grund eines Gutachtens einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes vorher anerkannt hat;

   bestätigt die oder der von der obersten Dienstbehörde bestimmte Ärztin oder Arzt, dass eine Begleitperson notwendig ist, sind die Kosten für Unterkunft für die Begleitperson ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich beihilfefähig;
2. Unterkunft und Verpflegung bis zum Höchstbetrag von 9 Euro täglich, wenn bei einer Heilbehandlung (§ 9) eine Heimunterbringung erforderlich wird; dies

gilt nicht, wenn eine Beihilfe zu den Aufwendungen für eine stationäre Pflege oder für eine Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe gewährt wird.

### § 18
### Krankenhausleistungen

(1) Die Aufwendungen für vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen sind beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen

1. nach § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert am 17. März 2009 (BGBl. I S. 534, 546), in der jeweils geltenden Fassung, oder
2. nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert am 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990, 2020), in der jeweils geltenden Fassung,

   in Form von

   a) Diagnosis Related Groups-Fallpauschalen (DRG-Fallpauschalen), Zusatzentgelten und Zuschlägen gemäß dem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 887), zuletzt geändert an 17. März 2009 (BGBl. I S. 534), in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten beziehungsweise vom zuständigen Bundesministerium erlassenen Vergütungssystem,
   b) tagesgleichen Pflegesätzen (Abteilungspflegesätze, Basispflegesätze, teilstationäre Pflegesätze nach § 13 BPflV),
   c) Entgelten für Modellvorhaben (§ 24 BPflV)

sowie vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen (§ 115a SGB V), es sei denn, dass § 20 oder § 22 anzuwenden ist. Ermäßigungen der Vergütungen für allgemeine Krankenhausleistungen wegen Inanspruchnahme von gesondert berechenbaren Wahlleistungen (§§ 16 und 17 KHEntgG) bleiben unberücksichtigt.

(2) Mehraufwendungen für gesondert berechenbare Wahlleistungen sind nicht beihilfefähig.

(3) Bei einer Behandlung in einem Krankenhaus, für das das Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht gilt, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend. Die Aufwendungen sind höchstens bis zu dem Betrag beihilfefähig, der bei einer Behandlung in einem Hamburger Krankenhaus, für das das Krankenhausfinanzierungsgesetz gilt, beihilfefähig wäre.

### § 19
### Palliativversorgung

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der eigenen Familie nicht erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39a SGB V, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind ebenfalls beihilfefähig, § 37b Absatz 1 Sätze 1, 3 und 4 sowie § 37b Absätze 2 und 3 SGB V gelten entsprechend. Darüber hinaus können Leistungen nach § 22 erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

## Abschnitt III
## Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen

### § 20
### Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in

1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,
2. Einrichtungen für Suchtbehandlungen und
3. 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. Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang stehen.

(3) Einrichtungen für Suchtbehandlungen sind auf Suchtbehandlungen zur Entwöhnung spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen.

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

(5) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Absatz 2 oder 3 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 behandelnden Einrichtung stehen. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Absatz 4 ist, dass es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung (Absatz 2) handelt und die Art und Schwere der Erkrankung nach einem Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes 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 Beihilfestelle abhängig, in Einrichtungen nach den Absätzen 2 und 3 ab einer Dauer von 30 Tagen.

(6) Aus Anlass einer stationären Behandlung in Einrichtungen nach den Absätzen 2 bis 4 sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 5, 8 und 9,
2. nach § 14,
3. für Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Tagessatz zuzüglich Kurtaxe,

4. für den ärztlichen Schlussbericht,
5. für die An- und Abreise in Höhe von 0,30 Euro je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 300 Euro, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel; die Entfernungskilometer bestimmen sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Einrichtung zurückzulegenden Strecke; außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für die Beförderung nicht persönlich mitgeführten Gepäcks beihilfefähig.

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 bis 4, die Leistungen nach Satz 1 Nummern 1 bis 3 betreffen, sind nur insoweit beihilfefähig, als sie einer Preisvereinbarung dieser Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger entsprechen; die Beihilfefähigkeit darüber hinausgehender Aufwendungen nach Satz 1 Nummern 1 bis 3 ist ausgeschlossen.

### § 21
### Kuren

(1) Die Aufwendungen für

1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,
2. Müttergenesungskuren und Mutter- beziehungsweise Vater-Kind-Kuren,
3. ambulante Heilkuren,

sind beihilfefähig.

(2) Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind Heilbehandlungen im Sinne des § 9 für aktive Bedienstete nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 HmbBG zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit, die mit Unterkunft und Verpflegung kurmäßig in Einrichtungen nach § 20 Absatz 4 durchgeführt werden und für die die Voraussetzungen für eine Beihilfe nach § 20 Absatz 5 Satz 2 nicht erfüllt sind.

(3) Müttergenesungskuren und Mutter- beziehungsweise Vater-Kind-Kuren sind Maßnahmen 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 aktive Bedienstete nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 HmbBG zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit. Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach § 9 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem anerkannten 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 den §§ 5, 8 und 9,
2. Fahrtkosten nach § 20 Absatz 6 Satz 1 Nummer 5,
3. die Kurtaxe,
4. den ärztlichen Schlussbericht,
5. eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für Schwerbehinderte,
6. 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 Sozialleistungsträger 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 vorher anerkannt hat und
3. die Kur innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheids begonnen wird.

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

1. wenn die oder der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist; eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während der Zeit eines Erziehungsurlaubs sowie 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 wegen derselben Krankheit bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsbehandlung (§ 20) oder Kur durchgeführt und beendet worden ist,
3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
4. wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Kur enden wird, es sei denn, dass die Kur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt 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 und
2. Zuwendungsempfängerinnen und 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 Beschäftigung im öffentlichen Dienst gleich.

## Abschnitt IV
## Aufwendungen in Pflegefällen

### § 22
### Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit gelten § 80 Absatz 7 HmbBG und ergänzend die nachfolgenden Absätze 2 bis 4.

(2) Eine Beihilfe wird gewährt, wenn und soweit die Pflegekasse Leistungen gewährt oder (bei nicht Versicher-

ten) Leistungen zu gewähren hätte. Für Personen, die die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, wird eine Beihilfe in wertmäßig gleicher Höhe gewährt. Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten in den Fällen einer häuslichen Pflege durch sonstige geeignete Personen Leistungen in Höhe der in § 37 Absatz 1 Satz 3 SGB XI genannten Beträge zur Hälfte.

(3) Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Absatz 1 Satz 3 SGB XI) sind abweichend von den Beträgen nach § 36 Absätze 3 und 4 SGB XI Aufwendungen monatlich in der Pflegestufe

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

der Kosten für eine Berufspflegekraft der Entgeltgruppe 7a des TVÜ-L (§ 13) beihilfefähig; bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand können in der Pflegestufe III Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 100 vom Hundert der im ersten Halbsatz genannten Kosten als beihilfefähig anerkannt werden. § 13 Sätze 5 und 6 gilt entsprechend; Fahrtkosten (§ 16) sind nicht beihilfefähig. Wird die häusliche Pflege teilweise durch Pflegekräfte nach Satz 1 und teilweise durch sonstige Personen (§ 37 SGB XI) erbracht, wird die Beihilfe nach den Sätzen 1 und 2 anteilig gewährt. Bei einer teilstationären Pflege in einer geeigneten Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege (§ 41 Absatz 1 SGB XI) gilt Satz 1 entsprechend.

(4) Bei einer stationären Pflege sind neben den Beträgen nach § 43 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB XI die weiteren Aufwendungen bis zu Höchstbeträgen

1. bei der regulären Pflege
   a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I von 1.000 Euro,
   b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II von 1.250 Euro,
   c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III von 1.600 Euro,
2. bei geschlossener Unterbringung und bei der Dementenbetreuung
   a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I von 1.450 Euro,
   b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II von 1.750 Euro,
   c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III von 2.100 Euro,
3. bei der Wachkomabetreuung
   a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I von 2.000 Euro,
   b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II von 2.400 Euro,
   c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III von 2.550 Euro,

insoweit beihilfefähig, als sie monatlich folgende Beträge übersteigen:

4. für Beihilfeberechtigte mit
   a) einer oder einem Angehörigen 102 Euro,
   b) zwei oder drei Angehörigen 89 Euro,
   c) mehr als drei Angehörigen 76 Euro;

diese Beträge gelten in Fällen, in denen mehr als eine Person dauernd untergebracht ist, für jede untergebrachte Person,

5. für Beihilfeberechtigte ohne Angehörige oder bei gleichzeitiger Unterbringung der oder des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 60 vom Hundert der Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie der Renten aus einer gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Altersversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes.

Angehörige im Sinne von Satz 1 sind Personen, die nach § 80 Absatz 2 Sätze 3 und 4 HmbBG berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind oder als selbst beihilfeberechtigt gelten (§ 80 Absatz 3 Sätze 2 bis 4 und Satz 5 Nummer 2 HmbBG). Soweit eine tageweise Abrechnung erfolgt, sind die Höchstbeträge nach Satz 1 durch die Zahl 30,42 zu teilen. Ist die Unterbringung in einem Krankenhaus notwendig, gilt im Übrigen bei einer Unterbringung in einem

1. Krankenhaus, für das das Krankenhausfinanzierungsgesetz gilt, § 18 Absätze 1 und 2,
2. sonstigen Krankenhaus § 18 Absatz 3

entsprechend.

## Abschnitt V
## Aufwendungen in sonstigen Fällen

### § 23
### Erste Hilfe

Aufwendungen für erste Hilfe aus Anlass eines Krankheitsfalles sind beihilfefähig.

### § 24
### Früherkennung von Krankheiten, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen

(1) Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind beihilfefähig die Aufwendungen bei

1. Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres an und bei Männern vom Beginn des 35. Lebensjahres an für jährliche beziehungsweise zweijährliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
2. Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden,
3. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
4. Personen vom Beginn des 36. Lebensjahres an jedes zweite Jahr für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

Dabei sind folgende Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung maßgeblich:

1. Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der Fassung vom 18. Juni 2009 (Beilage zum BAnz. Nr. 148a),
2. Kinder-Richtlinien in der Fassung vom 26. April 1976 (Beilage Nummer 28/76 zum BAnz. Nr. 214), zuletzt geändert am 18. Juni 2009 (BAnz. Nr. 132 S. 3125),
3. Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien vom 26. Juni 1998 (BAnz. Nr. 159 vom 27. August 1998), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. Nr. 133 S. 3236), sowie

4. Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien in der Fassung vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt Nr. 10 S. 44), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. Nr. 133 S. 3236).

(2) Die Aufwendungen für von der für das Infektionsschutzgesetz zuständigen Behörde öffentlich empfohlene Schutzimpfungen sind beihilfefähig; dies gilt nicht für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt in einem Gebiet außerhalb der Europäischen Union. Als entsprechender privater Auslandsaufenthalt ist jeder Aufenthalt anzusehen, der nicht dienstlich angeordnet oder veranlasst ist.

### § 25
### Geburten, Schwangerschaften und Sterilisationen

(1) Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung und ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik,
2. in entsprechender Anwendung der
   a) §§ 5 und 8, soweit es sich um Leistungen und Verordnungen einer Ärztin oder eines Arztes handelt,
   b) §§ 9, 14, 16, 18 und 23 für die dort genannten Leistungen,
3. für die Hebamme oder den Entbindungspfleger,
4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder sonstiger ambulanter Entbindung bis zur Dauer von zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 13 gepflegt wird; § 13 Satz 6 gilt entsprechend,
5. in entsprechender Anwendung des § 18 für das gesunde neugeborene Kind.

(2) Zu den Aufwendungen für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung eines lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 128 Euro gewährt, wenn die oder der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihr oder ihm Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind. Satz 1 gilt entsprechend, wenn die oder der Beihilfeberechtigte ein Kind annimmt oder rechtmäßig in ihren oder seinen Haushalt aufnimmt und das Kind am Tag der Annahme oder der Aufnahme das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Beihilfe der Mutter gewährt.

(3) Aus Anlass eines nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs und einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich Untersuchung und Verordnung empfängnisregelnder Mittel,
2. für ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft,
3. für ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch und eine nicht rechtswidrige Sterilisation,
4. in entsprechender Anwendung der
   a) §§ 5 und 8, soweit es sich um Leistungen und Verordnungen einer Ärztin oder eines Arztes handelt,
   b) §§ 14, 16 und 18 für die dort genannten Leistungen.

(4) Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für empfängnisverhütende Mittel bestimmt sich nach § 24a Absatz 2 SGB V. Beträge nach § 8 Absatz 2 werden nicht abgezogen.

### § 26
### Organtransplantationen

(1) Die Aufwendungen für eine Organspenderin oder einen Organspender sind beihilfefähig in Fällen, in denen die oder der Beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger die Empfängerin oder der Empfänger ist. Beihilfefähig sind

1. Aufwendungen nach den §§ 5 bis 9, 11, 13, 14 und 16 bis 18, die bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen, und
2. der nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen.

Die Aufwendungen werden nur berücksichtigt, soweit sie nicht von anderer Seite erstattet werden oder zu erstatten sind.

(2) Absatz 1 gilt auch für als Organspenderinnen oder Organspender vorgesehene Personen, bei denen sich später herausstellt, dass sie als Organspenderinnen oder Organspender nicht in Betracht kommen.

### § 27
### Todesfälle

(1) In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zum Betrag von 665 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zum Betrag von 435 Euro gewährt, wenn die oder der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihr oder ihm Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind. Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeits- oder sonstigen dienstvertraglichen Vereinbarungen oder aus einer im Sterbemonat nicht ausschließlich durch eigene Beiträge finanzierten Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Schadensersatzansprüche von insgesamt mindestens 1.000 Euro zu, beträgt die Beihilfe 333 Euro, beim Tod eines Kindes 218 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.000 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt. Soweit wegen der Gewährung von Sterbe- oder Bestattungsgeldern Schadensersatzansprüche kraft Gesetzes übergehen, werden die Schadensersatzansprüche nicht neben den Sterbe- oder Bestattungsgeldern im Sinne von Satz 2 bei der Bemessung der Pauschalbeihilfe berücksichtigt. Bestattungsgeld nach § 36 oder § 53 des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 22), zuletzt geändert am 30. Juli 2009 (BGBl. I S.2495, 2496), in der jeweils geltenden Fassung bleibt unberücksichtigt.

(2) Beihilfefähig sind außerdem die Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes. Bei Überführungen aus dem Ausland sind die Aufwendungen höchstens für eine Entfernung von insgesamt 700 Kilometern beihilfefähig. Ist der Tod einer oder eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzugs außerhalb des Familienwohnsitzes der oder des Verstorbenen eingetreten, sind die Aufwendungen für die Überführung der Leiche

oder Urne ohne diese Einschränkungen beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Aufwendungen beträgt 100 vom Hundert.

(3) Kann der Haushalt beim Tod der oder des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe bis zur Dauer von sechs Monaten beihilfefähig. Voraussetzung ist ferner, das im Haushalt ein Kind lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Im Übrigen gilt § 14 entsprechend.

(4) § 80 Absatz 8 Sätze 2 und 3 HmbBG gilt entsprechend für Aufwendungen aus Anlass des Todes der oder des Beihilfeberechtigten.

### § 28
### Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig,

1. wenn es sich um Aufwendungen nach den §§ 5 bis 20 oder 22 bis 27 handelt und
2. soweit sie auch bei einer Behandlung und dergleichen in der Freien und Hansestadt Hamburg entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

(2) Die Einschränkung des Absatzes 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn

1. eine im Inland wohnende Beihilfeberechtigte oder ein im Inland wohnender Beihilfeberechtigter auf einer Dienstreise erkrankt und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland aufgeschoben werden kann oder
2. ein Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes darüber vorgelegt wird, dass diese Behandlung wegen wesentlich größerer Erfolgsaussicht dringend geboten ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

(3) Die Beihilfefähigkeit für Aufwendungen, die im Zusammenhang mit kurähnlichen Maßnahmen innerhalb des Gebiets der Europäischen Union entstehen, richtet sich nach § 21.

(4) Aus Anlass einer Heilkur außerhalb des Gebiets der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach § 21 Absatz 5 Nummern 2 bis 6 sind nur beihilfefähig, wenn

1. ein Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes darüber vorgelegt wird, dass die Heilkur wegen wesentlich größerer Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union dringend notwendig ist, und
2. die in § 21 genannten Voraussetzungen vorliegen.

Notwendige Aufwendungen nach § 21 Absatz 5 Nummern 1 bis 4 sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

## Abschnitt VI
## Schlussbestimmungen

### § 29
### Übergangsvorschriften

(1) Auf die am 1. Oktober 1985 vorhandenen Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamten, Richterinnen und Richter im Ruhestand und entpflichteten Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer sowie früheren Beamtinnen und Beamten und Richterinnen und Richter (§ 80 Absatz 2 Satz 1 Nummern 1 und 2 HmbBG) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sowie auf sonstige Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen (§ 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 HmbBG) finden § 80 Absatz 1 Satz 5 HmbBG und § 3 keine Anwendung, wenn diese Personen zu dem genannten Zeitpunkt in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind; dies gilt nur, solange dieser Tarif beibehalten wird.

(2) Mehraufwendungen für gesondert berechenbare Wahlleistungen aus Anlass einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus und für entsprechende Leistungen werden in den Fällen, in denen Personen vor dem 1. Oktober 1985

1. wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesondert berechenbare ärztliche Leistungen einer bestimmten Ärztin oder eines bestimmten Arztes in Anspruch genommen haben und in denen es sich als notwendig erweist, dass dieselbe Ärztin oder derselbe Arzt die Behandlung fortsetzt,
2. wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesondert berechenbare Leistungen in Anspruch genommen haben und in denen die Behandlung auf Grund eines bei Beendigung des früheren Behandlungsabschnitts bestehenden Behandlungsplans fortgesetzt wird,
3. trotz ausreichender Versicherung wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten von den Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder in denen diese Leistungen eingestellt worden sind und in denen die Mehraufwendungen auf Grund dieser Leiden oder Krankheiten entstanden sind,
4. das 70. Lebensjahr vollendet haben,

nach den Vorschriften der Hamburgischen Beihilfeverordnung vom 26. Juni 1973 (HmbGVBl. S. 234) in der am 30. September 1985 geltenden Fassung abgewickelt; dies gilt in den Fällen der Nummern 1 und 2 nur, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige stationäre Behandlung geboten war. § 3 gilt mit der Maßgabe, dass auch Leistungen aus einer Versicherung für gesondert berechenbare Wahlleistungen berücksichtigt werden.

### § 30
### Inkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Februar 2010 in Kraft.

(2) Zum selben Zeitpunkt tritt die Hamburgische Beihilfeverordnung vom 24. Juni 2008 (HmbGVBl. S. 223) in der geltenden Fassung außer Kraft.

*wird im SchulR HH unter 7.12.1 aktualisiert*

Herausgegeben von der
Behörde für Schule und Berufsbildung
der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburger Straße 31, 22083 Hamburg
(Verantwortlich: V 301 – Layout: V 234 – Vertrieb: V 231-4, Tel. 4 28 63-42 43, Fax: 4 28 63-46 16)